

"L'ENFANT VICTIME DE SEVICES ET SA FAMILLE"
(A PROPOS DE 58 OBSERVATIONS)

THÈSE

Présentée

A L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I

et soutenue publiquement le 9 novembre 1978

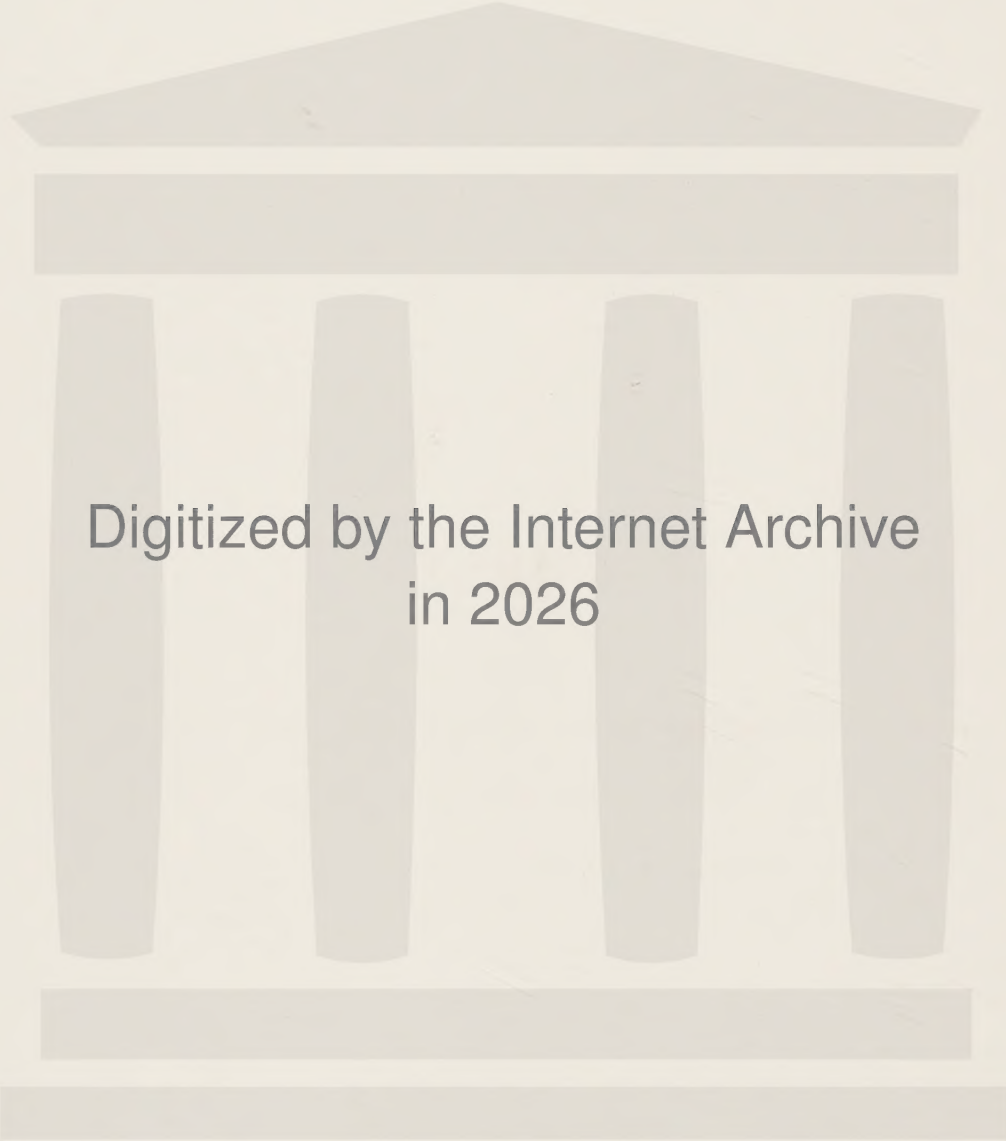
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

CAREL née HUDRY Danièle

née le 30 juillet 1945

à THONES (Haute-Savoie)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554223_0027

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I

U.E.R. MÉDECINE GRANGE-BLANCHE

N° d'Ordre 461

Année 1978

"L'ENFANT VICTIME DE SEVICES ET SA FAMILLE"

(A PROPOS DE 58 OBSERVATIONS)

THÈSE

Présentée

A L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I

et soutenue publiquement le 9 novembre 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

CAREL née HUDRY Danièle

née le 30 juillet 1945

à THONES (Haute-Savoie)

EDITIONS DE L'A. G. E. L.

72, Rue Etienne Richerand - 69003 LYON

1978



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

UER FACULTE DE MEDECINE GRANGE-BLANCHE

Président de l'Université : Pr. D. GERMAIN

Vice-Président : Pr. E. ELBAZ

Deuxième vice-Président : M. B. ROUSSET

Troisième vice-Président : M. P. BRULA

Secrétaire Général : M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

MEDECINE : GRANGE-BLANCHE : Directeur M. Le Professeur B. SALLE
ALEXIS-CARREL : Directeur M. Le Professeur R. MORNEX
LYON-SUD : Directeur M. Le Professeur J. NORMAND
LYON-NORD : Directeur M. Le Docteur J.P. NEIDHARDT (M.C.A.)
Directeur Honoraire : M. Le Professeur A. BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE : Directeur M. Le Docteur J.P. REVILLARD (M.C.A.)

TECHNIQUES DE READAPTATION : Directeur M. Le Professeur A. MORGON

SCIENCES PHARMACEUTIQUES : Directeur M. Le Professeur BIZOLLON

SCIENCES ODONTOLOGIQUES : Directeur M. Le Docteur R. VINCENT

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE :

Président du conseil d'U.E.R. M. Le Docteur J.J. COMTET (MCA)
Directeur : M. A. MILLON

MATHEMATIQUES : Directeur M. Le Professeur P. PICARD

PHYSIQUE : Directeur M. Le Professeur DELMAU

CHIMIE ET BIOCHIMIE : Directeur M. Le Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE : Directeur M. Le Professeur R. GINET

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES : Directeur M. Le Professeur J.F. WORBE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N°1 : Directeur M. Le Professeur A. VILLE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N°2 : Directeur M. J. GALLET (Directeur ENSAM)

PHYSIQUE NUCLEAIRE : Directeur M. Le Professeur GUSAKOW

MECANIQUE : Directeur M. Le Professeur G. COMTE-BELLOT

OBSERVATOIRE : Directeur M. G. MONNET (Astronome Adjoint)

COMPOSITION DU JURY

MM. le Professeur P. MONNET
le Professeur M. COLIN
le Professeur J. GUYOTAT
le Professeur Agrégé J. HOCHMANN

A André

A Ivan et Alice

A mes Parents

*Est-il besoin de leur rappeler mon attachement
et ma tendresse ?*

A toute ma famille

A mes amis

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur P. MONNET

A Messieurs les Membres du Jury :

Monsieur le Professeur M. COLIN

Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

Monsieur le Professeur Agrégé J. HOCHMANN

Nous les remercions d'avoir accepté de faire la critique de ce travail.

.....

*La journée de deux heures
La mer à la montagne
La montagne à la mer
La fin de la douleur
Les journaux en couleur
Tous les enfants contents
Et tant de trucs encore*

.....

*Tant de choses à voir
A voir et à z'-entendre
Tant de temps à attendre
A chercher dans le noir.*

.....

Boris Vian

Je voudrais pas crever.

PROLOGUE

Tragiques et fascinants, les sévices envers enfant nous introduisent dans le territoire du mythe et de l'imaginaire mais nous confrontent aussi à une transgression dans le réel. Cette double inscription rend compte de la difficulté de notre projet : d'une part donner un sens à ces comportements où l'intensité pulsionnelle ne trouve guère de mots pour s'exprimer en dehors du scénario de violences perpétrées dans le secret des familles, et renvoie le soignant à cet autre scénario fantasmatique, le sien ; d'autre part tenter de cerner quelle place peut être donnée à la réalité dans la compréhension et le traitement des conflits individuels et familiaux dont les sévices sont le symptôme.

Si toute introduction autorise d'ordinaire un acte de modestie, qu'il nous soit permis ici de rappeler nos tâtonnements et nos incertitudes témoignant de notre pratique débutante. Le texte qui va suivre peut être considéré lui-même comme une introduction.

INTRODUCTION

Ce travail doit tout d'abord être situé : il est le résultat d'une collaboration entre l'équipe hospitalière du Pr Monnet qui nous a précédé dans cette réflexion et celle du secteur d'hygiène mentale infantile de Vénissieux, à laquelle nous appartenons.

Il nous faut aussi définir le terme choisi "d'enfant victime de sévice" qui a présidé à la sélection des cas : il s'agit d'enfant ayant souffert physiquement de violences (ou de négligences graves) exercées par leurs parents ou par des adultes qui en avaient la charge.

Cette définition met l'accent sur l'aspect corporel de l'agression mais il est bien évident que cette agression physique ne peut être dissociée de ses impacts psychologiques sans qu'il existe toutefois un parallélisme entre la gravité des atteintes corporelles et le retentissement intrapsychique de tels comportements : nous y reviendrons.

Avec cette définition se pose aussi le problème de ses limites : quel rapport existe-t-il entre de telles conduites et l'infanticide ou à l'opposé avec des conduites "éducatives appuyées" : la démonstration de l'autorité parentale par le châtiment corporel, si elle est plus ou moins réprouvée par les parents qui ont souvent conscience du fait qu'elle traduit l'échec d'un autre mode relationnel, n'est pas réellement remise en cause : le père d'un enfant battu disait un jour après un épisode de "violences légères" pour reprendre les termes du code (art. 312) qu'il ferait désormais la différence entre les "bons" et les "mauvais" coups. De même les conséquences physiques pour un enfant de comportements parentaux nocifs ont pu être discutées pour ce qu'il est convenu d'appeler les "nanismes psychogènes". Ceux-ci se situent à la frontière de notre sujet : souvent associés aux sévices, parfois au premier plan, ils peuvent être compris aussi dans le registre psychosomatique comme des "désordres corporels résultant non pas d'une agression extérieure, mais d'incidences psychologiques ou conflictuelles propres à l'enfant et intériorisées" (L. Kreisler).

Nous avons donc volontairement limité notre étude aux cas où il existait un passage à l'acte sous forme d'agression physique sur le corps de l'enfant.

La première étude faite par l'équipe pédiatrique du pavillon S soulignait la méconnaissance encore grande dans le monde médical des problèmes posés par les enfants victimes de sévices et leurs familles malgré la fréquence et la gravité des cas. Il n'existe pas à l'heure actuelle d'évaluation globale ; on ne dispose que d'estimations sectorielles comme celle que propose ce travail.

L. DELTAGLIA, dans un livre récent consacré au problème, avance le chiffre de 25.000 enfants par an exposés à des sévices graves. Si nous appliquons à la France les estimations en pourcentage des USA, ce chiffre serait de 12.500. Une enquête récente citée dans le journal "Le Monde" (*) rapporte 6.000 cas par an dont 60 mortels. Nous avons quelques indications sur l'importance du problème à travers d'autres chiffres toujours cités par L. DELTAGLIA :

- condamnations pour coups à enfants :
 en 1967 : 972 ; en 1968 : 878 ; en 1969 : 895.
- procédures judiciaires d'assistance éducative en 1968 :

sur 60.000, 5.000 auraient été mises en place en raison de sévices.

Aux USA en 1972 une étude statistique dans un service d'urgence d'un centre hospitalier new-yorkais et un centre universitaire du Colorado montrait que 10 % des traumatismes d'enfants provenaient de violences exercées par leurs parents.

Quant à la gravité elle est le fait des séquelles : séquelles orthopédiques, neurologiques, dysmorphiques et surtout séquelles mentales et psychologiques dont le déterminisme est plus complexe. Il faut y adjoindre la mortalité :

- entre 2 % et 8 % dans l'étude du Pr Straus (citée en 1969)
- " 3 et 4 % " " du Pr Neimann
- voisine de 8 % " " de Smith et Hanson (1974)
- " de 11 % " " de Kempe (1962),

mais ce dernier ajoute que 10 % des enfants rendus sans précaution à leurs familles décédaient. L'évaluation de la mortalité dans notre expérience rejoint ces derniers chiffres.

L'idée qui soutient ce travail est qu'une prise en charge de ces familles doit être organisée si l'on admet la sévérité des chiffres ci-dessus. Mais il apparaît assez vite que cette activité de soins a le plus grand mal à se mettre en place. Les raisons en sont multiples : aux difficultés objectives d'approche de ces familles s'ajoutent du côté des intervenants les résistances à soigner l'enfant battu et sa famille au-delà de l'intervention somatique.

(*) septembre 78.

Dans une première approche nous avons rassemblé les données fournies par l'analyse de 58 dossiers d'enfants victimes de sévices. Mais les critères statistiques ne permettent pas de rendre compte de l'ambiguïté et de la spécificité des comportements parentaux : c'est pourquoi nous avons complété cette étude descriptive par quelques exemples cliniques.

Il y avait plusieurs modalités d'approche concevables :

- une approche individuelle mettant l'accent sur les aspects intrapsychiques pour chacun des membres de la famille en référence à une compréhension analytique,
- une approche "transactionnelle" au sens de Th. Benedek, soulignant l'importance des circuits réciproques tant dans le plan de la famille nucléaire que dans la dimension verticale de la famille élargie, car très souvent le problème des sévices s'inscrit dans une filiation faisant intervenir plusieurs générations,
- enfin une approche "écologique" situant la famille dans son milieu, précisant son intégration dans l'environnement.

C'est vers l'approche psychodynamique que nous inclinons notre formation et nos choix mais elle pourrait être utilement complétée par l'approche communicologique qui nous fournit un système de représentation de la famille. Quant à l'approche sociologique elle n'a été qu'effleurée : elle nous semble renvoyer plutôt à une réflexion collective. Mais le débat idéologique qu'elle suscite ne doit pas faire méconnaître les mécanismes internes en cause, tant au niveau des familles que des soignants car en inculquant le seul monde extérieur nous sommes pris dans le même processus d'annulation de la réalité psychique partagée avec les familles.

Dans un chapitre théorique nous avons situé quelques hypothèses pathogéniques qui s'appuient sur l'étude des distorsions du lien parent-enfant et du passage de l'agressivité à l'agression. Nos explications restent partielles car il nous a paru difficile de cerner la spécificité de ces comportements parentaux. Mais les interrogations laissées en suspens renvoient aussi aux positions contretransférentielles des soignants face à l'enfant battu et à sa famille.

Le dernier chapitre s'attache à définir, selon le terme de Laing (71), une "stratégie d'intervention" qui prenne appui sur les différents niveaux de compréhension de la clinique et qui permette aux soignants d'investir leur travail thérapeutique malgré les obstacles rencontrés.

HISTORIQUE

Quand les mauvais traitements ou l'abandon d'enfants par leurs parents font surface, ils font scandale.

Pourtant il faut se souvenir, comme le rappelle Ph. Ariès (3) que jusqu'à la fin du XVII^e siècle environ, l'infanticide, s'il était considéré comme un crime et sévèrement puni, était pratiqué en secret ; de même la diminution de la mortalité infantile à partir du XVIII^e ne s'expliquerait pas uniquement par les progrès de la médecine et de l'hygiène mais aussi parce qu' "on a seulement cessé de laisser mourir ou d'aider à mourir les enfants qu'on ne souhaitait pas garder". L'enfant est alors peu intéressant en lui-même et protégé surtout en fonction de l'espérance qu'il représente, ce qui explique en partie le "sentiment d'indifférence à l'égard d'une enfance trop fragile, où le déchet est trop grand". Indifférence qu'Ariès rapproche de l'insensibilité des sociétés romaines et chinoises qui pratiquaient l'exposition des enfants. Gezà Roheim (106) va plus loin quand il établit une corrélation entre civilisations avancées et cruautés envers enfants, citant la Grèce, le Japon, l'Ancien Mexique. Mais G. Tillon (121) précise que le foeticide et l'infanticide sont aussi des pratiques courantes chez les peuples nomades où les enfants en bas âge sont un facteur de faiblesse. Elle cite aussi M. Mead qui évoque ces mêmes pratiques dans les sociétés dites "sauvages" où elles participent à la régulation des naissances.

Plus proche de nous, en France, jusqu'au XIX^e siècle l'abandon reste une pratique fréquente alors même que la mortalité des enfants abandonnés est très élevée puisque plus d'un dixième meurt avant dix ans. Abandon en raison d'une misère absolue ou pour des motifs plus complexes, là aussi des causalités sociales et psychiques ^{peuvent être invoquées} sont en cause. De même pour le placement nourricier, malheur nécessaire imposé aux familles ou voulu de plein gré, il comporte lui aussi un grand risque de mortalité : ainsi en

1907, 80.000 enfants sont envoyés à la campagne soit 30 à 40 % des nouveaux-nés des grandes villes (48).

De tout temps également ont existé des mutilations diverses imposées aux enfants, de caractère initiatique, traditionnel ou simplement issues de la misère pour en faire des mendiants.

Quelques soient les explications que l'on puisse donner : économiques, eugéniques, démographiques, culturelles, il semble qu'au-delà des civilisations et des temps, les sévices, les abandons, la mort aient pu exprimer de manière plus ou moins manifeste l'agressivité des géniteurs à l'égard de leur descendance.

Mais en même temps un sentiment de l'enfance s'est fait jour peu à peu, qui s'est imposé avec la montée de l'individualisme familial au XIXe siècle puis au XXe siècle. Ph. Ariès qui en fait l'analyse montre que l'enfant "bien privé" est assigné à une "famille responsable" où "toute l'énergie du groupe est dépensée pour (sa) promotion". Ces préoccupations sont reprises dans le discours collectif avec le respect de la vie de l'enfant, le souci de sa santé, de son éducation, de sa protection. La législation, pourtant héritière du droit romain, donc de l'autorité du père sur ses enfants, témoigne elle aussi d'une évolution : dès le XVIIe siècle avec la réglementation du droit de correction paternelle, un mouvement de contrôle de l'autorité parentale s'instaure qui aboutira en 1958-59 à la création des Services de Prévention. Cette notion de protection a comme corollaire la possibilité accordée aux institutions d'intervenir dans les familles : M. Foucault parle de "société de surveillance". Le problème des sévices nous introduit au coeur de ce débat idéologique : en effet les mesures envisagées pour y faire face sont-elles trop ou trop peu ? Sont-elles un "faux semblant" que la société se donne ?

Mais pour nous en tenir plus particulièrement à la littérature médicale nous rappellerons simplement que la question des enfants victimes de sévices est abordée pour la première fois par Tardieu en 1879 dans son étude médico-légale des blessures. Cinquante ans plus tard le sujet est repris par Caussade et Parizot qui présentent au XIVE Congrès de Médecine Légale un rapport intitulé "les sévices envers enfants". Mais nouveau silence pendant quinze ans. Le débat va rebondir autour du problème de l'hématome sous-dural du nourrisson : un neuro-chirurgien américain Ingraham affirme, en 1944, son origine traumatique. En 1946, toujours aux Etats-Unis, Caffey reprenant cette étude souligne l'association fréquente de fractures des membres à l'hématome sous-dural et envisage l'hypothèse de mauvais traitements. Silvermann en 1953 précise les images radiologiques des fractures rencontrées et surtout confirme l'étiologie de sévices en attirant l'attention pour la première fois sur la participation des parents.

Depuis, des études systématiques se sont multipliées : aux Etats-Unis tout d'abord, où Wooley en 1955 a contribué à démystifier le syndrome de "fractures multiples inexplicables". En 1961-62 une vaste enquête à l'échelon national réalisée par Kempe va sensibiliser l'opinion médicale.

En France il faut attendre 1965 et les travaux de l'équipe du Pr Neimann à Nancy pour que soit abordée la question des sévices. Depuis d'autres études ont été publiées. Après un intérêt initial pour la description des différentes lésions, les équipes se sont attachées à déterminer les facteurs économiques, sociaux et psychologiques des mauvais traitements. Etudes pluridisciplinaires dont témoignent deux recherches parallèles, celle du Pr Straus à Paris et celle du Pr Manciaux à Nancy où sont analysés les moyens thérapeutiques mis en oeuvre et où sont envisagées également les possibilités préventives.

“ Il était une fois la réalité ”.

Aragon

Le paysan de Paris.

CLINIQUE

PREMIERE PARTIE : ETUDE STATISTIQUE

Nous voudrions, en introduisant le matériel clinique qui va suivre et qui porte sur une soixantaine de dossiers, souligner le caractère hétérogène et souvent lacunaire de nos informations. Dans la mesure où cette étude est en partie rétrospective, on voudra bien accepter les limites posées par un tel travail. Environ une dizaine de cas nous sont mieux connus, et un travail sur le secteur est en cours d'élaboration. Là encore, il ne s'agit que d'une amorce de réflexion.

D'autre part, comme on le verra, la majorité de ces enfants a fait un séjour hospitalier : et cette population hospitalière ne représente pas un échantillon significatif de la population générale. Est reconnue plutôt ici une tranche socio-économiquement défavorisée. Il est par ailleurs des enfants qui ne passent pas par l'hôpital et qui, pris en charge par les services sociaux sur le secteur, n'ont pas non plus consulté en hygiène mentale. D'autre part il est certain que les sévices ne sont pas l'apanage des classes défavorisées : on les rencontre également au sein de familles qui apparaissent bien intégrées. Elles sont peu représentées dans les études qui touchent essentiellement ce qu'il est convenu d'appeler les "cas sociaux" : elles échappent en effet aux consultations systématiques du public. Mais c'est peut-être aussi pour elles que les observateurs poseront avec le plus de réticence le diagnostic de sévice, diagnostic qui met en cause de manière plus directe "l'amour inné" des parents pour leurs enfants, sans que l'on puisse alors incriminer la misère.

La première partie de cette étude clinique portera sur une évaluation globale des différents paramètres socio-économiques, culturels et familiaux de la population concernée, que nous avons voulu pondérer de manière plus subjective par nos impressions cliniques et un essai d'interprétation des chiffres. Nous avons tenté également, à partir de ce matériel,

d'entreprendre une étude comparative avec les résultats des enquêtes étrangères et françaises et plus particulièrement de discuter la validité d'une grille prédictive : telle que l'a proposée le Pr Manciaux dans son rapport d'enquête (85).

I - RECUEIL DES DONNEES

La cohorte est constituée de 58 enfants issus de 51 familles ; 57 d'entre eux ont séjourné en milieu hospitalier pédiatrique : 51 dans le service du Pr Monnet, 4 dans le service du Pr François, 2 dans le service du Pr Daudet (chirurgie infantile). Seize de ces enfants demeurent à Vénissieux où nous exerçons en secteur notre activité de soins psychiatriques.

Cette série témoigne donc essentiellement de l'activité d'un service de pédiatrie de 1966 à 1978 en matière de sévices et une première observation nous apprend qu'en 10 ans, de 1966 à 1975 inclus, 24 cas y ont été diagnostiqués, alors qu'à partir de 1976, date à laquelle l'équipe de pédiatrie et pédo-psychiatrie s'est intéressée à la question, et jusqu'en juin 78, soit en 2,5 ans, 27 diagnostics de sévices ont été posés.

Cette différence de fréquence s'^{explique}~~exprime~~ de plusieurs manières :

- reconnaissance des formes mineures (cutaneo-muqueuses) et masquées (fractures dites accidentelles, brûlures, hématomes sous-duraux, etc...),
- moindre répugnance à reconnaître la réalité de l'enfant victime de sévices,
- apprentissage des possibilités thérapeutiques autres que le "grand renfermement social" décrit par M. Soulé (114).

Les dossiers hospitaliers des enfants, complétés par ceux des équipes de secteur concernées, ont été utilisés tels quels, sans enquête complémentaire. Les lacunes y sont nombreuses, gênantes pour l'exploitation statistique des données, mais intéressantes en ce que la quantité et la qualité des informations recueillies varient selon l'intérêt porté à l'enfant et à la famille. Les anciens dossiers sont bien sûr les plus "squelettiques" mais il est remarquable d'observer que certains dossiers récents ne le sont pas moins. Dans ce cas l'enfant était déjà "pris en charge" par d'autres équipes et non investi par l'équipe hospitalière.

Les données analysées plus loin sont donc issues des classiques observations pédiatriques, et, depuis 3-4 ans, des entretiens psychiatriques en milieu hospitalier ou en secteur, enfin des enquêtes sociales. Si l'anamnèse est assez pauvre, le devenir des enfants nous est largement inconnu également : désinvestissement des soignants devant les difficultés rencontrées,

inertie et impénétrabilité des services sociaux, déménagement des familles, etc., tout concourt à notre ignorance, préjudiciable dans la mesure où elle s'oppose à l'évaluation des soins engagés.

Nous avons rassemblé nos résultats en nous inspirant largement de la démarche suivie par le Pr Manciaux et son équipe à Nancy, dont le travail nous fournit de très précieux éléments de comparaison, d'autant que nous avons pu constater lors de sa venue à Lyon, une large convergence de vue quant à la manière de comprendre et de soigner ces enfants. Son enquête concerne 47 enfants victimes de sévices dans 41 familles dont les dossiers, recueillis entre 1970 et 1973, sont issus : du CHR, de la DDASS, et du TEA (Tribunal pour Enfants et Adolescents). Les informations proviennent des documents écrits, des renseignements fournis par les travailleurs sociaux et d'entretiens avec les familles, entre 1973 et 1975. La méthode est donc différente de la nôtre, essentiellement rétrospective, mais l'ampleur de la cohorte est semblable et Nancy peut se comparer à Lyon.

II - L'AGE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC DE SEVICES

Pour les 58 enfants, 32 garçons et 26 filles, il se répartit ainsi :

0 à 3 mois	3 à 12 mois	1 à 2 ans	2 à 3	3 à 4	4 à 5	5 à 6	+ de 6
7	6	17	12	3	5	2	6

avec des âges extrêmes de 1,5 mois et 11 ans.

Ainsi près de la moitié (52 %) ont moins de 2 ans (Manciaux 59 %) et les deux tiers (72 %) moins de 3 ans (Manciaux 79 %).

L'âge des enfants battus est d'ailleurs encore un peu plus bas puisque bien souvent des sévices antérieurs avaient été ignorés. Ce sont donc des enfants en bas âge, physiquement très vulnérables, incapables de fuir et de se défendre, soumis à une violence parentale très différente de la violence éducative.

III - LES CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES LE DIAGNOSTIC EST POSE sont les suivantes :

Les 57 enfants adressés à l'hôpital l'ont été par :

- la famille : 23	}	45
- le médecin traitant : 17		
- un autre hôpital : 5		
- un centre de PMI : 7	}	12
- un service social : 3		
- l'école : 1		
- la police : 1	}	

C'est-à-dire que 45 enfants, soit les trois quarts, ont fait l'objet d'une demande directe de soins auprès d'un médecin. Certes le sévice est déguisé en accident, et surtout, signe d'importance diagnostique, le délai est anormalement long entre le traumatisme et la consultation. Mais nous percevons là déjà l'ambivalence des parents oscillant entre l'attaque et la tentative de réparation de leur enfant.

Les divers services sociaux (PMI, ASE, Ecole, Police) représentent seulement un quart de ce recrutement hospitalier, ce qui ne reçoit pas d'explication simple. De nombreux enfants battus sont dépistés et soignés sans jamais être hospitalisés, sinon à la Cité de l'Enfance qui n'a jamais fait état de son expérience en ce domaine. En outre nous avons pu observer à plusieurs reprises qu'une équipe éprouvait d'autant plus de réticence à reconnaître la réalité des sévices qu'elle était engagée depuis longtemps dans un travail de soins et de réhabilitation sociale et psychiatrique. De ce fait des divergences ont surgi à plusieurs reprises entre l'équipe hospitalière, convaincue des sévices, et l'équipe du secteur, tout aussi persuadée que les lésions constatées étaient accidentelles.

C'est dire que le motif du premier contact hospitalier (en se référant au séjour où le diagnostic est posé) est rarement le sévice reconnu (7 fois dont 1 fois par l'un des parents accusant son conjoint). Le plus souvent l'enfant entre à l'hôpital pour un autre argument :

- traumatisme accidentel : 26
- affection médicale aiguë : 14
- tableau neurologique sévère : 10.

Parfois le sévice est déjà suspecté mais non affirmé par le médecin adresseur.

IV - LES SEVICES en eux-mêmes ne font pas l'objet d'une étude précise, mais sont mentionnés pour démontrer la gravité du dommage corporel. Les lésions sont souvent associées entre elles et se répartissent numériquement ainsi :

- cutaneomuqueuses : 37 (dont 3 brûlures)
- fractures : 19 dont 12 multiples
- cérébrales : 15 dont
 - hématome sous-dural : 6
 - hémorragie méningée : 2
 - traumatisme (sans ou avec perte de connaissance) : 7
- génitales : 2
- désordres métaboliques : 11 dont
 - cachexie : 8
 - hypothermie : 1
 - hyperhydratation par intoxication à l'eau : 1
 - déshydratation par privation d'eau : 1.

Dans 30 cas il s'associe un retard statural et pondéral égal ou supérieur à -2DS. Nous avons éliminé les cas d'enfants ne souffrant que de retard staturo-pondéral dit psychogénique ou par carence affective, affection qui pose cependant des problèmes voisins de ceux des sévices, au point que ce retard peut représenter un des symptômes annonciateurs de sévices.

En outre dans 27 cas il existe des lésions d'âges différents (cicatrices, fractures consolidées...) dont l'existence, prouvant la répétition des sévices, est parfois utile pour éliminer une simple causalité accidentelle.

En effet le diagnostic peut errer longtemps lorsqu'un faisceau d'arguments ne permet pas d'invoquer les sévices.

L'enfant T. en est un premier exemple : âgé de 4 ans 8 mois, il est adressé en février 1976 par un médecin de ville pour troubles de conscience et présente une déshydratation avec hyperélectrolytémie importante. La constatation d'hématomes cutanés et d'une fracture ancienne amène à la découverte que la déshydratation s'explique par la privation d'eau dont l'enfant avait d'ailleurs été déjà victime un an auparavant. A cette époque T. avait été hospitalisé dans un autre service lyonnais de pédiatrie où les sévices avaient été méconnus.

Z., fillette de 5 ans 10 mois, est amenée par ses parents, en raison d'un coma convulsif qui fait d'abord évoquer un processus expansif intracrânien. En réalité l'état cérébral, vite résolutif, s'explique par une hyperhydratation que les parents ont provoquée en forçant l'enfant à absorber de grandes quantités d'eau, sévice associé à des contusions récentes des zones génitales. Dix mois auparavant l'enfant avait séjourné pour hypotrophie en pédiatrie où des fractures anciennes avaient été présumées accidentelles.

Ces deux cas illustrent la difficulté du diagnostic. Dans une enquête récente menée sur une première série de 33 observations d'enfants battus, le Dr Floret (service du Pr Monnet), à l'examen minutieux des dossiers, relevait que 15 malades avaient été antérieurement hospitalisés

(dans le service : 8 cas, dans un autre service : 7 cas) pour des manifestations évocatrices - a posteriori - de sévices mais non identifiées comme telles à l'époque.

Cette constatation appelle une question, fréquemment évoquée par les praticiens : en l'absence de témoignage de tiers ou de l'aveu de l'auteur des sévices, n'est-il pas illégitime de parler de sévices devant, par exemple, des hématomes ou des fractures, alors que les parents les expliquent par un accident banal (chûte, coup porté par un membre de la fratrie, etc.). Lorsque manquent les lésions d'âge différent, d'autres arguments sont à considérer : le délai entre le traumatisme et la demande de soins, l'incompatibilité entre la cause invoquée et la gravité lésionnelle, l'existence, d'appréciation évidemment subjective, de troubles relationnels sévères intrafamiliaux.

En fait le problème perd de son acuité dès lors que le sévice est considéré comme le symptôme d'une souffrance familiale et non plus comme un acte passible de poursuite pénale. Il n'est donc pas question d'obtenir l'aveu d'un geste de la part de ses auteurs, mais de leur signifier que les dommages constatés chez leur enfant proviennent de difficultés qui nécessitent des soins au long cours. Une forte présomption est donc suffisante à nos yeux pour retenir la notion de sévices. Cette attitude présente l'inconvénient - très théorique dans notre série - de permettre des diagnostics "par excès" mais évite de laisser à son évolution naturelle une pathologie familiale dont notre expérience et celle de tous les auteurs montre qu'elle est marquée par un taux important de récives, de plus en plus graves, parfois jusqu'au décès de l'enfant, dans près de 10 % des cas.

Cette répétition des sévices s'accompagne aussi d'appels itératifs formulés auprès des médecins et travailleurs sociaux, sous forme de demandes de placement sanitaire et de soins corporels pour l'enfant, au point que nous nous sommes demandés si le geste hétéro-agressif lui-même suivi de consultation n'est pas aussi destiné à signaler - inconsciemment - l'appel à l'aide, tout comme le geste suicidaire. Mais il est remarquable de constater que lors des visites médicales précédant le passage à l'acte, la plainte parentale avait pour objet le corps de l'enfant, sa santé physique et jamais la détresse familiale. Il y aurait donc intérêt à considérer les consultations et hospitalisations itératives rapportées comme un signal d'alarme, un "clignotant", selon l'expression de M. Soulé, d'une situation critique.

V - DONNEES FAMILIALES

1. La composition ethnique appelle des commentaires car de très nombreux parents sont des migrants, originaires en majorité d'Afrique du Nord.

	Français métropole	Dom- Tom	Europe du Sud	Afrique du Nord	Autres
Pères connus 49	12	3	6	26	2
Mères connues 51	16	3	6	24	2

Sur 100 parents connus, 28 % sont Français de métropole (nous ne connaissons pas les migrants inter-régionaux), 72 % sont des migrants (presque tous de première génération) et 50 % des migrants d'Afrique du Nord. Ces chiffres sont en divergence manifeste avec ceux recueillis par Manciaux à Nancy : Français 85 %, étrangers 15 %. De même Manciaux retrouve 25 % de couples mixtes (père étranger, mère française) alors que cette proportion est de 4 % dans notre série : parmi les 51 familles il existe 4 mères célibataires, 47 couples parentaux dont 2 seulement sont mixtes.

Nous avons voulu situer nos résultats également par rapport aux chiffres globaux de la population, nous appuyant sur ceux de l'INSEE recueillis en 1976. Pour l'agglomération de Lyon, on compte 857.617 habitants et 123.124 étrangers, soit une proportion de 14,4 %. Pour le Rhône elle est de 12,9 % et pour la France : 6,5 % par rapport à la population globale. Le tableau ci-joint précise la représentation relative des différents groupes pour les secteurs majoritaires dans notre enquête.

Ces différences s'expliquent probablement en partie par la provenance des cas : recrutement presque uniquement hospitalier dans notre série, et l'on sait que les migrants utilisent beaucoup le service public de soins ; cependant la proportion de 72 % de migrants est très supérieure à la moyenne des services en question.

Ces données posent une question importante, si l'on admet, comme nous le faisons, qu'il s'agit d'un problème grave, émergeant dans le cadre de la transplantation, et qui ne peut, bien évidemment, être étendu à la population maghrébine dans son ensemble.

Nous voudrions ~~maintenant~~, nous appuyant surtout sur des témoignages écrits ou recueillis lors de nos rencontres avec ces familles, évoquer ce qui nous a paru dans le contexte de la transplantation exposer ces parents aux violences envers leurs enfants. C'est-à-dire dans quelle mesure la violence subie du fait de l'immigration elle-même participe au déclenchement de cette pathologie familiale.

INSEE (février 1976) : Pourcentage d'étrangers par rapport à la population totale

	8e ar.	3e ar.	Bron	St-Fons	Vaulx	Vénis.	Villeurb.
Maghrébins	4,5	10,9	2,6	12,9	11,3	6,8	7,3
Latins	2,8	5,2	2,7	10,4	8,4	5,2	7,7
Autres	1,1	2,8	0,7	0,4	1,9	0,6	0,9
Total étrangers	8,4	18,9	6,0	23,7	21,6	12,6	15,9
Evolution de la population totale entre 68 et 75 en %	- 7,6	- 14,4	+ 7,1	+ 13,6	+ 82,7 =====	+ 56,1 =====	- 2,8

T. Ben Jelloun (5) rapproche le vécu de l'immigration de celui d'une expérience infantile, marquante dans la culture nord-africaine, celle du sevrage. "On quitte la mère-patrie comme on quitte sa propre mère ... la nouvelle patrie est l'absence même de la mère. Elle est vécue comme une mauvaise mère, une marâtre ... Le sentiment d'être orphelin est accentué par l'hostilité de l'environnement humain et matériel". Plusieurs facteurs interviennent dans ce vécu : la manière dont la transplantation se déroule, les motivations qui sont à l'origine du départ. Mais pour l'immigré maghrébin, la différence ethnique et culturelle le rend plus douloureux à la différence des migrants latins par exemple. "Plus l'écart culturel est grand entre le milieu d'origine et le milieu d'accueil, plus les chances de troubles mentaux se multiplient", rappelle, à propos d'une enquête américaine, R. Bastide (*), et cela peut être étendu également à la pathologie psychiatrique latente. Les relations se développent dans un cercle restreint mais qui ne se situe plus dans un cadre socio-culturel global, comme c'était le cas dans le pays natal. Pour les femmes tout particulièrement, on assiste à une véritable relégation socio-culturelle, en raison des difficultés de communication. Elles sont de fait beaucoup plus dépendantes de leur mari et même de leurs enfants, qui servent fréquemment d'intermédiaires avec le monde extérieur, bouleversant ainsi les rôles entre les générations. D'autre part, souvent d'origine rurale, ces femmes étaient alors identifiées dans leur village par l'appartenance à un clan, à une famille, vivant sur un "territoire", celui des "parents". Avec l'immigration elles sont confrontées à un monde industriel et urbain, où on ne les reconnaît que par l'appartenance à un groupe ethnique ou religieux. Certaines évoquent bien sûr les lourdes contraintes dues au sous-développement, aux traditions, mais dans le pays d'origine celles-ci étaient partagées par la communauté, alors qu'ici il n'existe souvent plus de groupe de référence.

On a pu dire également, dans une perspective éducative traditionnelle, comme le souligne G. Tillon (121) que "les femmes algériennes se font un devoir de battre leurs filles, pour les habituer à la soumission, mais (qu') elles ne contrarient jamais leurs fils". Mais les sévices envers enfants, pour la plupart très jeunes, tels que nous les avons rencontrés, ne nous paraissent pas pouvoir être compris, même compte tenu des différences culturelles, comme une simple extension de concepts éducatifs s'appuyant sur les châtiments corporels. Par ailleurs la relation musulmane, issue du tabou abrahamique, qui protège l'enfant, est peu infanticide. Par contre, les rituels sur le corps y occupent une place importante : circoncision, tatouages, mais peuvent être compris comme des actes où se joue symboliquement le sacrifice.

Cette population est également largement soumise aux contrôles sociaux et médicaux, et de fait "exposée" aux placements de ses enfants (placements dont les indications sont actuellement mieux évaluées et qui tendent à être mieux aménagés) ainsi qu'aux hospitalisations répétées (nous n'avons pas de chiffre, et ils sont certainement variables selon les services concernés). Justifiés ou non ces placements exposent les mères à des séparations, souvent précoces dans notre étude, là où l'intimité des premiers

(*) "Sociologie des Maladies mentales", cité par T. Ben Jelloun.

mois structure les relations avec l'enfant. Nous reviendrons sur cette notion plus générale de rupture de lien précoce, mais il est sûr que la nécessité d'une proximité corporelle compte tenu de la spécificité du maternage selon la culture nord-africaine, trouve là tout son sens et toute sa force. G. Tillon (121) écrit : "Dans le Maghreb, en effet, la mère appartient au dernier-né : il dispose d'elle en maître souverain, exclusif, incontesté, de jour comme de nuit. Le jour, le petit vit collé à elle, circulant sur son dos ou somnolant sur ses genoux ; la nuit, il couche nu contre elle, peau contre peau. Il tête quand il veut, dort, s'éveille ou fait ses besoins à son gré. Au-delà de la mère, dans une brume bienveillante, circulent des êtres familiers - soeurs, tantes, grand-mères, pères, oncles - l'enfant les distingue mal. Tous le caressent en passant et ne le contrarient guère".

Nous ne prétendons pas là, bien sûr, faire une analyse exhaustive des problèmes soulevés par la transplantation. Nous avons principalement relevé ceux des femmes. D'autre part nous pensons que les sévices n'obéissent pas à une cause unique qui serait à rechercher dans l'environnement et qui excluerait de ce fait ce qui, dans l'histoire des parents, des familles, a permis de tels comportements mais plutôt de montrer comment la confrontation avec le milieu d'accueil, dans notre expérience des femmes immigrées, pouvait dans un certain nombre de cas, participer au déclenchement du passage à l'acte : à leur propre exclusion les parents ne répondent-ils pas par une autre exclusion, celle du corps de l'enfant.

2. La provenance géographique des enfants n'est pas dépourvue d'intérêt. 20 d'entre eux (34 %), dont 18 enfants de migrants, demeurent à Vénissieux (16), et à Vaulx-en-Velin (4). Or d'après l'enquête INSEE de février 1976 (cf. tableau, note d'information n° 44), dans l'agglomération lyonnaise, les étrangers représentent à Vénissieux 12,6 % et à Vaulx 21,6 % de la population générale alors que la moyenne est de 14,4 % avec un maximum de 24 % à St-Fons et Lyon 1er et un minimum de 5,5 % à Ste-Foy. Les enfants ne sont donc pas issus de communes et arrondissements où la population immigrée est très supérieure à la moyenne.

Par contre Vénissieux et Vaulx-en-Velin accusent entre 1968 et 1975 des accroissements de population de 56 % et 82 %, très supérieurs à ceux des autres agglomérations : la suivante, Ste-Foy, est à 31 %.

La croissance excessive d'une cité engendre de nombreux déséquilibres groupaux et individuels, pauvreté, solitude, violence, qui s'ajoutent aux dommages provoqués par la transplantation et le déracinement.

3. La profession des parents confirme leur appartenance à des catégories socio-professionnelles défavorisées :

Code INSEE	Profession	Père (49)	Mère (51)
5	Employés	12 (24 %)	4
6	Ouvriers qualifiés et manoeuvres	32 (65 %)	2
7	Personnel de service	0	3
9	Inactifs	1	39 (76 %)
	Inconnu	4	3

A titre de comparaison, la part de la population active par catégorie socio-professionnelle dans la région Rhône-Alpes en 1975 était de 17 % pour les employés et de 41,7 % pour les ouvriers (INSEE).

La proportion importante, 76 %, des mères dites "inactives" ne doit pas étonner : c'est la situation de la plupart des femmes immigrantes et des mères de famille nombreuse : dans notre étude le nombre d'enfants est de 4 en moyenne par mère. D'après l'INSEE (1975) 80 % des femmes mariées ayant 3 enfants sont inactives.

La profession est exercée régulièrement en général. Nous n'avons pas d'informations concernant le logement.

Là encore la question se pose de savoir pourquoi les autres catégories socio-professionnelles ne sont pas représentées. Diverses explications sont en général avancées : les équipes publiques médico-sociales surveillent (à leur idéologie défendante) et soignent de préférence les "défavorisés", alors que les parents des classes aisées font appel davantage aux circuits privés et surtout ils sont moins suspects a priori d'être auteurs de sévices.

Il est certain que ce facteur joue un rôle important et qu'un certain nombre de sévices passent ainsi au compte du traumatisme accidentel. Car les soignants dévient volontiers les sévices chez les enfants de parents qui appartiennent à la même classe "favorisée" qu'eux. Ils évitent ainsi d'avoir à s'identifier à des parents indignes qui n'auraient même pas les circonstances atténuantes de la misère.

Ces arguments ne rendent pas caduque la prévalence du sévice en milieu social défavorisé, sans que pour autant nous souscrivions à une sociogénèse naïve.

Mais il est évident que les difficultés de toutes sortes (psychiques, somatiques, sociales ...) rencontrées dans la vie quotidienne sont élaborées avec plus ou moins de bonheur selon la qualité de l'équilibre psychique des individus mais aussi selon la souplesse et la diversité de leurs liens sociaux.

4. L'histoire événementielle des parents éclaire-t-elle notre sujet ?

- Les circonstances de l'enfance des parents sont inconnues très souvent (78 %), ce qui enlève beaucoup de sa valeur à ce paramètre, alors que Manciaux estime que la presque totalité des pères et mères à antécédents connus sont issus de "foyer parental incomplet ou dissocié, ou ayant fait l'objet de mesure de protection sociale, ou ayant présenté des troubles psycho-sociaux caractérisés".

- Le déroulement de la vie puerpérale et conjugale des parents ne nous a pas paru aussi déviant par rapport à la norme que le relate toujours Manciaux, surtout si l'on tient compte du fort pourcentage ici de mères d'Afrique du Nord (50 %). Onze mères sur 34 à item connu (32 %) avaient moins de 18 ans à la naissance de leur premier enfant et 8 moins de 21 ans avec deux ou plus de deux enfants. Les mères célibataires à la naissance du premier enfant sont six sur 34 (18 %) contre 37 % pour Manciaux qui souligne que "lors de la survenue des sévices les mères ne sont plus célibataires ; c'est dans le cadre d'une union régulière ou non, où le partenaire reconnaît l'enfant, que ce dernier est battu".

Ni la précocité de la première union, ni la répétition des unions n'apparaissent comme des facteurs déterminants : sur 62 parents à item connu, 5 (8 %, Manciaux 41 %) ont contracté leur première union avant 18 ans et 3 (5 %, Manciaux 28 %) ont contracté deux ou plus de deux unions avant 25 ans.

5. Le couple parental au moment de sévices reconnus ressemble-t-il à celui de Nancy ?

L'enfant victime vit le plus souvent avec ses parents (mariés pour la plupart) : 45 cas (77 %, Manciaux 54 %). Les 13 autres se répartissent ainsi : 6 avec mère et beau-père, 2 avec père et belle-mère, 4 avec mère seule, 1 en nourrice.

L'âge des parents au moment des sévices reconnus est le suivant :

Age	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41 et +	inconnu
Père (49)	1	7	8	8	2	6	17
Mère (51)	5	13	5	5	11	1	11

soit une proportion minime de parents très jeunes (moins de 21 ans). La différence d'âge entre conjoints ($P > M$) n'est égale ou supérieure à 8 ans que dans 7 cas (30 % des cas à item connu).

La pathologie somatique et psychiatrique, conçue comme crise, joue un rôle mais qui ne peut être chiffré et dont nous reparlerons.

6. La fratrie

Les 51 familles totalisent 205 enfants, soit 4 en moyenne, les fratries les plus nombreuses étant le plus souvent nord-africaines.

Nombre d'enfants	1	2	3	4	5	6 et +	Total 205
Nombre de familles	8	7	13	3	6	14	Total 51

Les fratries sont hétérogènes (enfants issus de plusieurs unions du couple parental) dans 7 cas (19 % des cas à item connu). L'enfant victime est alors presque toujours "celui de l'un des membres du couple et non des deux" comme l'a remarqué Manciaux.

Les antécédents de ces fratries sont connus dans 35 cas : 7 enfants (enfant victime de sévice exclu) placés antérieurement et 2 décédés précocement sans explications. Ces chiffres sont certainement sous-estimés du moins quant au placement. Toutefois nous sommes loin des chiffres cités par Manciaux : un quart des enfants de la fratrie ont été placés, un tiers a été délaissé ou est décédé (dont plusieurs décès précoces inexpliqués).

VI - L'ENFANT VICTIME DE SEVICES

Il se situe dans la fratrie au rang suivant : unique (8), aîné (7), intermédiaire (17), benjamin (26). Le "petit dernier" est ici plus exposé (45 %) que ses frères et soeurs aînés.

Les conditions du déroulement de la grossesse et de sa surveillance sont le plus souvent inconnues.

Par contre le perinatum est fréquemment marqué d'événements qui influent à court et long terme sur le lien parents-enfants.

L'enfant est prématuré ($PN \leq 2500$ g) dans 20 cas sur 42 à item connu, soit près de 50 % (contre 8 prématurés pour 100 naissances dans la population générale). Cette prématurité et d'autres incidents entraînent une séparation parent-enfant supérieure à 15 jours dans la période néo-natale (jusqu'au 28e jour de vie) dans 20 cas également (sur 42 connus).

La perturbation profonde du processus d'attachement parent-enfant (et pas seulement mère-enfant) à la période néo-natale est donc, dans notre série, le plus fréquent des facteurs objectivables de sévices envers enfants, fait d'importance théorique et pratique considérable que nous analyserons.

- Les séparations ultérieures (post néo-natales) sont également fréquentes et prolongées : 19 enfants sur 42 connus (44 %) ont eu à subir des placements totalisant 1/4 et plus de leur existence. Ces placements prennent volontiers la suite du séjour en néo-natologie et obéissent davantage à des arguments sociaux discutables qu'à des motifs médicaux.

Quant aux hospitalisations répétées en bas-âge (2 ans et moins), en l'absence de maladie chronique (10/42 connus) nous nous accorderons avec Manciaux pour en souligner à nouveau la valeur de "clignotant".

- La gémellité est retrouvée 6 fois, soit plus de 10 % des cas (Manciaux : 6,3 %) au lieu de 1,2 % dans la population générale. Cette incidence de la gémellité est encore plus intéressante si l'on considère qu'un seul enfant du couple gémellaire est battu et qu'il a subi un temps de séparation plus long que son jumeau "sain". Il faut ajouter que 3 enfants atteints de cachexie sont des triplés victimes de négligences graves à partir du 6e mois de la grossesse suivante de la mère.

C'est donc dans cette rubrique concernant l'enfant victime lui-même que nos chiffres coïncident le mieux avec ceux obtenus par Manciaux, dont nous allons maintenant examiner la grille prédictive.

VII - ETUDE CRITIQUE DE LA GRILLE PREDICTIVE DE SEVICES

Nous avons vu dans quelles conditions elle fut élaborée par l'équipe de Nancy qui l'a par la suite testée sur 10 nouveaux cas.

Les tableaux ci-après reprennent, avec de légères modifications, le modèle de Manciaux. Nous y portons le nombre de cas où l'item est connu pour souligner les lacunes d'information, et le pourcentage d'items présents par rapport au nombre d'items connus. Enfin nous donnons chaque fois que possible les chiffres de la statistique de Manciaux.

- Dans la première rubrique concernant les antécédents individuels des parents, seuls les items concernant la mère dans son rapport à la procréation (mère célibataire, mère jeune ...) sont présents à un pourcentage significatif. D'ailleurs le jeune âge et le célibat des mères, d'une part traduisent les perturbations antérieures dans l'histoire maternelle et d'autre part sont facteurs de vulnérabilité de la mère dans ses relations avec son entourage, enfant y compris. Dans cette rubrique, 5 familles seulement obtiennent un score $\gg 1/3$ du total maximum (le $1/3$ est retenu comme score probant par Manciaux).

- La deuxième rubrique, relative au couple actuel, se révèle de peu de secours dans notre série. Le seul item de fréquence notable : la différence d'âges nous paraît le plus souvent imputable au fait culturel (couple nord-africain). D'autres informations sont d'appréciation subjective ou difficile à recueillir : alcoolisme, état psychique, budget. Une seule famille a un score égal au $1/3$ du total.

- La troisième rubrique fait état de la fratrie de l'enfant victime de sévices. Elle est hétérogène dans 19 % des cas, et des placements de un ou plusieurs enfants ont eu lieu dans 20 % des cas. Une seule fratrie atteint $1/3$ du score maximum.

- La quatrième rubrique apparaît comme la plus intéressante, ce qui ne surprend pas puisqu'elle concerne l'enfant victime lui-même. Prématuration, séparations néonatales et ultérieures pour placements et hospitalisations représentent de précieux indicateurs de risques. 24 enfants sur 58 obtiennent un score $\gg 1/3$ du total maximum.

Il ressort de l'examen de la grille, appliquée à notre série, que les indicateurs de risque les plus opérants sont les faits objectifs concernant :

- la mère dans son rapport à la procréation
- l'enfant victime de sévices dans sa relation précoce à sa mère.

Manciaux, dans une note dactylographiée de 1976, accorde la même prééminence à ces facteurs mais y adjoint :

Valeur de l'item	1 - Antécédents individuels des parents	Nbre de cas où l'item est connu	Item présent	Manciaux
1 (x 2)	1.1. Parent issu d'un foyer : . dissocié ou . ayant fait l'objet de mesures de protection sociale ou ayant présenté une pathologie psychosociale avérée (prostitution, éthylisme, maladie mentale)	22 pour 100 parents connus (51 mères 49 pères)	7 : 32 %	90 %
1	1.2. Mère < 18 ans à la 1ère naissance	34/51	11 : 32 %	34 %
1	1.3. * Mère < 21 ans avec 2 enfants et +	34/51	2 : 6 %	14 %
2 (x 2)	1.4. Première union avant 18 ans	62/100	5 : 8 %	42 % (mais avant 21 ans)
2	1.5. Mère célibataire à la naissance du premier enfant	34/51	6 : 18 %	37 %
2 (x 2)	1.6. Deux unions avant 25 ans ou plus de deux unions sans considération d'âge	62/100	3 : 5 %	
2	1.7. * Mère < 21 ans avec 3 enfants	34/51	6 : 17 %	12 %
Total maximum : 15				

Grille prédictive de sévices d'après M. Manciaux

Première rubrique

p.s. 1 : la valeur de l'item est x 2 s'il concerne les 2 parents

p.s. 2 : l'item 1.7. * exclue, pour le calcul de valeur, l'item 1.3. *

Valeur de l'item	2. Couple actuel parental	Item connu	Item présent	Manciaux
1	2.1. Couple irrégulier	x	x	46 %
1	2.2. Différence d'âge (P > M) 28 a.	24/47	7 : 30 %	
1 (x 2)	2.3. Ethylisme d'un conjoint	50/100	4 : 8 %	42 %
1	2.4. Mauvaise gestion du budget familial	x	x	
1 (x 2)	2.5. Maladie chronique ou invalidante du conjoint	62/100	5 : 8 %	
2	2.6. Couple mixte (migrant/français)	47/47	2 : 5 %	25 %
2 (x 2)	2.7. Troubles psychiatriques ou débilité importante d'un conjoint	x	x	36 %
2	2.8. Condamnation antérieure du père pour délit de droit commun	31/49	2 : 6 %	25 %
Total maximum : 15				

Deuxième rubrique

Valeur de l'item	3. Fratrie	Item connu	Item présent	Manciaux
1	3.1. Fratrie hétérogène (enfants issus de plusieurs unions du couple parental)	31/51	7 : 19 %	20 %
1	3.2.* Placement antérieur d'un enfant	35/51	4	
1	3.3.* Délaissement ou abandon antérieur d'un enfant			
1	3.4.* Décès antérieur inexpliqué d'un enfant		2	
2	3.5. Présence au foyer d'un ou plusieurs enfants nés d'une union antérieure d'un des membres du couple constitué depuis < 2 ans.	37/51	5 : 13 %	
2	3.6.* Placement antérieur de 2 enfants		2	
2	3.7.* Délaissement antérieur de 2 enfants			
2	3.8.* Décès antérieur de 2 enfants			
3	3.9.* Placement antérieur de 3 enfants		1	
3	3.10.* Délaissement antérieur de 3 enfants			
3	3.11.* Décès antérieur de 3 enfants			
Total maximum : 12				

Troisième rubrique

p. s. : tous placements = 7 : 20 % , Manciaux : 25 %.
tous délaissements et décès = 2 : 6 % , Manciaux : 30 %.

Valeur de l'item	4. L'enfant victime de sévices	Item connu	Item présent	Manciaux
1	4.1. Poids de naissance $>$ 2500 g	42/58	20 : 50 %	34 %
1	4.2. Gémellité	58/58	6 : 10 %	6,3 %
7	4.3. Plusieurs hospitalisations avant 2 ans en l'absence de maladie chronique	42/58	10 : 25 %	40 %
2	4.4. Absence de surveillance prénatale	28/58	4 ?	
2	4.5. Séparation $<$ 15 j dans la période néonatale (28 j)	53/58	20 : 50 %	50 %
2	4.6. Placements antérieurs totalisant entre 1/4 et 1/2 de la durée de vie	42/58	13 : 30 %	17 %
3	4.7. Placements antérieurs $<$ 1/2	42/58	6 : 14 %	30 %
Total maximum : 10				

Quatrième rubrique

- les délaissements et abandons antérieurs et les décès souvent inexpliqués en bas âge de membres de la fratrie,
- la mixité ethnique du couple,
- les problèmes psychiatriques parentaux.

Mais l'utilisation d'une telle grille pose certains problèmes. Nous avons vu que dans l'étude nancéenne les facteurs "sociaux" sont plus fréquemment relevés que dans notre série. Cette remarque constitue une invite, pour les équipes hospitalières en particulier, à s'intéresser à l'histoire des familles des malades autant qu'à leur corps. Cependant il ne faut pas oublier que chaque famille oppose au regard médico-social une légitime opacité, et que les investigations concernant leur passé sont reçues comme autant d'intrusions. Pour cette raison les parents, d'autant plus qu'ils appartiennent aux classes aisées, cherchent à échapper à l'emprise indiscrete des services publics de santé de leur secteur géographique en s'adressant à un hôpital un peu éloigné ou à un médecin privé. C'est pourquoi les soignants adoptent de plus en plus, et à juste titre, une attitude de plus grande réserve et acceptent de n'être informés de l'histoire familiale qu'au gré des échanges que permet d'instaurer la relation thérapeutique.

Les facteurs de risque dit "sociaux" n'ont plus alors de valeur que rétrospective, une fois survenu l'événement qu'ils étaient censés prédire. Pour les familles connues des services médico-sociaux en raison d'antécédents multiples, l'utilisation de la grille est sans objet.

Par contre, la maternité apparaît comme le lieu privilégié où des éléments objectifs (âge, statut marital, nombre d'enfants, incidents périnataux ...) peuvent attirer l'attention des soignants et les inviter à des rencontres interpersonnelles approfondies avec les parents, ce dont nous reparlerons au chapitre de la prévention.

L'ensemble de ces difficultés nous font conclure à la faible valeur opératoire d'une telle grille, ce en quoi Manciaux et Straus (104) nous rejoignent, pensons-nous. Ainsi proposent-ils d'accorder une grande valeur d'alerte aux événements qui viennent modifier le cours de la vie familiale car ils inaugurent autant de périodes de vulnérabilité au cours desquelles se situe volontiers le passage à l'acte. Ils retiennent surtout quatre types de changements : modification du statut matrimonial, nouvelle maternité, changement de domicile, retour en famille d'un ou plusieurs enfants placés. Ces crises ont pour point commun le fait que les parents attendent de cette nouvelle situation une amélioration de leur existence ; mais la réalité est source de désillusion et l'un des enfants est alors rendu - pour des raisons que nous étudierons - responsable de l'échec de ces espérances. L'avantage de cette perspective est d'introduire une visée plus dynamique dans l'étude des événements familiaux objectivables.

DEUXIEME PARTIE : L'ENFANT DANS SA FAMILLE

L'approche statistique nous a permis de délimiter quelques repères dont le déchiffrement n'est d'ailleurs pas aussi simple que le voudraient les faits objectifs qu'ils soulignent. Mais cette approche ne rend pas compte bien sûr de la complexité des situations et de leur singularité. C'est pourquoi nous proposons d'introduire maintenant la clinique de "l'enfant dans sa famille", lieu d'un drame aux scénarios multiples. Elle s'est orientée tour à tour sur l'enfant-intrus, la mère et sa psychose, et l'ombre du père.

I - L'INTRUS

1. N... M. est le troisième d'une fratrie de 5 enfants nés en 5 ans de parents nord-africains sans antécédents particuliers. Le père est ouvrier, la mère s'occupe bien de ses autres enfants dont le développement est normal. N..., né prématuré à 1800 g, séjourne 1 mois en néonatalogie puis 4 mois en pouponnière sans motif médical évident mais sans doute en raison de son appartenance ethnique. Les conditions familiales ont dû être jugées impropres à assurer les soins précoces du nourrisson à sa sortie de l'hôpital. Disons à ce propos qu'assez souvent les familles d'immigrés pâtissent d'un tel jugement. L'exiguïté du logement, la famille nombreuse, les obstacles de la langue paraissent des motifs suffisants pour confier l'enfant quelques mois à la pouponnière alors que les parents nous semblent très sensibles aux effets de la séparation précoce. L'aide apportée par les puéricultrices à domicile permet heureusement de pallier à ces inconvénients.

Le retour de pouponnière où les parents se sont rendus en visite se produit dans des conditions dramatiques qui nous seront rapportées après coup à travers l'interprétation qu'en donne le père : "N... ne pouvait pas voir sa mère, il pleurait quand elle le changeait, vomissait quand elle le nourrissait...". Ainsi les pleurs et les vomissements, symptômes banals du changement de soins nourriciers brusquement imposé à l'enfant, entrent en résonance avec la détresse des parents dont l'attachement a été profondément perturbé par la séparation précoce et prolongée et les risques vitaux encourus par l'enfant. Mais il est intéressant de souligner l'intentionnalité du comportement du nourrisson aux yeux de ses parents : "N... ne pouvait pas voir sa mère". L'enfant est dans l'incapacité de reconnaître sa mère, mais aussi il lui manifeste son hostilité en refusant sa tendresse et sa nourriture. Ce jugement parental contient une part de vérité : l'enfant est certainement dérouté et exprime dans son corps le mal-être provoqué par la

discontinuité des soins. Mais les parents, faute de pouvoir élaborer leur culpabilité et leur dépression, effrayés par les affects que fait naître en eux l'image de cet enfant attendu, idéalisé en même temps que frustrant, projettent massivement sur lui leur propre hostilité qu'ils n'osent s'avouer : l'enfant devient méchant et persécuteur. Il met en danger l'équilibre du groupe. Il devient l'étranger, ou, mieux, l'intrus, celui qui, indésirable, fait intrusion dans l'espace familial, s'impose sans être accepté, devient menaçant par sa différence.

Une longue suite de transactions négatives s'instaure entre parents et enfant. La mère "réagit par des larmes, des remontrances" dit le père, et tente de surmonter l'obstacle en s'identifiant aux mères puéricultrices : elle porte une blouse blanche pour apprivoiser son enfant, mais l'habit ne fait pas la mère et sa psyché et son corps ne retrouvent pas le fil de "l'amour maternel". Elle ne peut réinstaurer ce rapport de contiguïté corporelle qui fonde la filiation biologique (J. Guyotat) après la naissance. De son côté le père adopte un comportement maternant inhabituel, se substitue fréquemment à sa femme, la conseille, et lui reproche ses défaillances. Il trouve dans la mise en accusation de sa femme et l'activité de sa préoccupation maternelle un soulagement à son angoisse de castration et à sa blessure narcissique. Il devient un père-et-mère, figure fréquemment reconnue dans nos observations.

L'enfant traduit dans son corps les effets de ces liens pathologiques : malade à plusieurs reprises au cours du deuxième trimestre, il doit être hospitalisé à un an pour bronchite. Son développement psychomoteur accuse déjà un certain retard, même compte tenu de la prématuration. Trois mois plus tard il séjourne en clinique pour fracture de la diaphyse fémorale, estimée accidentelle, mais suspecte a posteriori d'être le résultat de sévices. Le cercle vicieux de la séparation et du rejet s'accroît. N... part à nouveau en convalescence pendant 5 mois en pouponnière. Revenu chez lui à 21 mois, il est hospitalisé à 2 ans pour méningite ourlienne. A deux reprises et à intervalle rapproché, les parents consultent à l'hôpital pour des motifs médicaux mineurs qui ne prendront leur sens d'appel à l'aide qu'après coup, lorsqu'à 2 ans 10 mois, leurs difficultés sont enfin reconnues : N... présente un retard staturopondéral à - 3 DS, un retard psychomoteur modéré, des troubles du comportement : gestes auto-agressifs, balancements d'endormissements ... La constatation de cicatrices cutanées sur le corps fait poser le diagnostic de sévices. Le retard de croissance, réversible quand l'enfant séjourne en dehors de sa famille, est considéré comme psychogène.

Quelques entretiens avec les parents permettent d'envisager la réintégration de l'enfant dans sa famille avec l'aide d'une puéricultrice de PMI. Dix-huit mois après l'évolution, suivie en consultation espacée, paraît favorable. Mais qu'en est-il de l'état psychique de l'enfant ?

2. Le deuxième exemple clinique va nous permettre d'illustrer l'intrication des causalités qui mènent au conflit, et en quoi le "traumatisme" de la séparation vient révéler la conjugopathie et la névrose de chacun des parents. Il offre un intérêt supplémentaire car si les sévices, découverts à 3 ans, furent mineurs, constitués par de discrètes lésions cutanées, les divers soignants s'accordèrent à juger que le conflit familial faisait courir un risque beaucoup plus grand à l'enfant, ce qui les incita à prendre des mesures préventives.

K... K. est le dernier, né à terme, de 3 enfants. Son père ouvrier régleur a 13 ans de plus que la mère, femme très européanisée dans sa présentation et son langage : elle occupait avant de se marier un poste de secrétaire en Algérie d'où les parents sont originaires. Au 20e jour de vie K... est opéré d'une hernie hiatale puis séjourne jusqu'à 2,5 mois en service de pédiatrie en raison de la découverte d'une cataracte polaire antérieure. Entre 9 et 10 mois il vient à 2 reprises passer une semaine à l'hôpital pour bronchite alors que le niveau socio-économique de la famille laisse penser que l'enfant aurait très bien pu être soigné à domicile. Entre 12 et 15 mois il est accueilli à l'Hôpital de Giens pendant que sa mère est traitée à Hauteville pour une tuberculose pulmonaire récemment découverte.

K... entre 1 et 3 ans devient de plus en plus exigeant et opposant, essentiellement en présence de sa mère. A 3 ans il est énurétique et encooprétique "quand il veut faire le méchant", refuse de s'habiller, d'aller à l'école, hurle et ameuté le voisinage s'il y est contraint par sa mère dont les exigences éducatives dépassent les capacités de l'enfant (dont le développement intellectuel est par ailleurs normal). Cette anticipation des progrès de l'enfant, souvent relevée à propos des parents maltraitants, témoigne à notre avis de l'abîme qui sépare l'enfant imaginaire idéalisé de l'enfant réel source de désillusion. Mais les séparations itératives dont ont souffert les parents ne suffisent pas à expliquer une relation mère-fils dominée par l'affrontement et les provocations réciproques. Le petit garçon en effet est capable de manifester de la tendresse à sa mère quand elle est seule mais se montre odieux à son égard en présence du père. Celui-ci, persuadé de la mauvaise relation mère-fils, prend la défense du fils qui vient donc se réfugier auprès de lui. La mère est convaincue alors que son fils lui préfère le père, elle se sent coupable et haineuse. A plusieurs reprises elle sollicite une médiation pour contenir l'impulsion agressive qu'elle sent l'envahir.

Aux yeux de la mère, K..., seul menacé parmi les trois garçons, paraît identifié, en raison des incidents précoces, à un mari qu'elle rend responsable de son insatisfaction : professionnelle, sociale et peut-être sexuelle. De son côté le père nous offre tout d'abord l'apparence d'un "bon père et bon mari", attentif à sauvegarder les intérêts de son fils, jusqu'au jour où l'évidence nous est apportée du rôle actif qu'il joue dans le scénario triangulaire où n'est pas absente la dimension du sado-masochisme. Lorsqu'il faut hospitaliser à nouveau K... à la demande des parents pour passer le cap d'une crise conjugale dont l'enfant est l'enjeu, le père, cédant à la compulsion de répétition, se montre exigeant, tyrannique à l'égard des

infirmières du service soupçonnées de négligences à l'égard de son fils sur qui il recherche lors de ses fréquentes visites le moindre signe de malpropreté. Toute séparation, même brève, d'avec son fils, fait surgir une grande émotion : "je n'aurais plus qu'à l'abandonner" dit-il un jour, à la perspective d'une admission en internat de semaine. Cette solution, retardée en raison de son refus, est finalement adoptée sur ordonnance judiciaire et avec l'accord des deux parents cette fois. Les mesures antérieures, AEMO, entretien de la mère avec le psychiatre de secteur, participation de l'enfant au "jardin thérapeutique" n'avaient en effet pas été suffisantes pour résoudre la crise. Nous disposons d'un recul insuffisant pour juger de l'évolution familiale.

3. Les exemples suivants s'opposent aux précédents par la gravité des dommages corporels. De plus ils illustrent un processus lui aussi favorisé à notre avis par la séparation précoce et que nous proposons de désigner, pour faire image, comme un "collapsus de maternalité" : à la faveur d'un événement intercurrent, volontiers une nouvelle grossesse rapprochée, le lien précaire entre la mère et son enfant s'effondre et l'enfant est menacé de destruction.

R... L. est hospitalisé en chirurgie infantile à l'âge de 11 mois pour fractures multiples consécutives à un passage à l'acte aigu et unique de sa mère. Il faut dire qu'elle a très peu connu son fils, né prématuré de 2100 g, atteint d'entérite nécrasante puis d'hépatite virale, ce qui motive plusieurs séjours hospitaliers puis son départ en pouponnière où il reste jusqu'à 8 mois. Il revient passer 1 mois chez lui mais la mère, enceinte à nouveau, est très dépressive, et R... est confié à la Cité de l'Enfance qui le garde 1,5 mois et le rend à sa mère après que celle-ci ait accouché d'un quatrième enfant. Quelques jours après son retour de maternité, alors qu'elle est seule avec ses enfants et encore très déprimée, R... est battu violemment. Pourquoi ce geste ? Cette mère, avant même ces événements, a traversé une période très traumatique : chassée du Cambodge par la guerre civile récente, elle perd son premier mari, tué dans leur fuite, connaît les terreurs du camp de réfugiés. Puis elle arrive en France avec ses deux enfants, rencontre son deuxième mari dont elle a rapidement deux autres enfants. L'image de R..., son enfant, étranger à elle-même, malade, séparé, ne se superpose-t-elle pas au souvenir encore trop présent de son douloureux périple ? De ce fait R... n'est-il pas apparu soudainement comme un obstacle à l'attachement de la mère à son dernier-né dont elle s'occupe avec tendresse et compétence ? Nous pouvons supposer que cette mère, en pleine dépression puerpérale, mal relevée de sa névrose (ou psychose ?) de guerre, ne disposait pas d'un capital narcissique et pulsionnel suffisant pour investir d'amour à la fois son nouveau-né et l'enfant-intrus. C'est souligner l'erreur commise par les soignants (souvent relevée par M. Manciaux et P. Straus), qui réintègrent dans sa famille un enfant à un moment inopportun. En effet si une nouvelle naissance peut être le gage de changements positifs, elle

s'accompagne de réaménagements intrapsychiques qui rendent instable et vulnérable la personnalité des parents.

Les triplés G... venus après trois enfants, nés au poids de 2000 g environ, sont de beaux enfants lorsqu'ils sortent de la pouponnière à 5 mois. Jusqu'à 15 mois ils se développent normalement, mais la mère est à nouveau enceinte et au 7^e mois de grossesse délaisse les soins physiques et psychiques des triplés qui se mettent à dépérir : leur courbe de croissance staturale et pondérale se casse et 4 mois plus tard, à 19 mois, ils sont hospitalisés dans un état de cachexie importante et de dépression anaclitique. Grâce aux soins leur état somatique se rétablit et le retard tonicomoteur se comble rapidement. A la faveur du mouvement puerpéral de repli narcissique sur soi et sur l'enfant à venir, la mère avait désinvesti massivement ses enfants, lourde charge en eux-mêmes et de plus longuement absents dès après leur naissance, incapables enfin de se suffire à eux-mêmes, ni d'exprimer leur besoin à un père qui ne comprenait pas leur affaiblissement. Cet état évoque la description et l'interprétation avancée récemment par A. Collomb (28) des cas de kwashiorkor : un certain nombre d'observations minutieuses paraissent montrer qu'à la dénutrition globale et notamment protéique s'associe un tableau de carence affective. Certes on pourrait rapprocher l'apathie et la tristesse de ces enfants de celle fréquemment observée chez l'enfant atteint de malabsorption par intolérance au gluten et donc les expliquer par le désordre nutritionnel. Cependant cet auteur estime que le délaissement affectif ajoute ses effets à la privation alimentaire du jeune enfant à l'occasion de la naissance d'un puiné ou d'une transplantation désorganisatrice du groupe tribal.

Ces exemples nous suggèrent deux remarques importantes.

- La première vise le processus d'attachement parent-enfant. Nous aurons à évoquer sa complexité psychodynamique mais notre attention est déjà attirée par ce fait clinique : l'hostilité parentale, plus évidente chez la mère, se manifeste de façon plus "libre" lorsque l'amour-tendresse n'a pu s'étayer sur la présence réelle d'un enfant gratifiant. En d'autres termes en l'absence d'épreuve de réalité positive les motions agressives maternelles (parentales) inhérentes à l'ambivalence à l'égard de l'enfant subissent un processus de de-répression.

- La seconde nous introduit dans le domaine des psychoses. Ne peut-on considérer les sévices (passages à l'acte violents ou négligences graves) dont sont victimes les très jeunes enfants comme une manifestation particulière de psychose puerpérale, mieux dite psychose de maternalité par P.C. Racamier ?

II - LA MERE PSYCHOTIQUE

1. La clinique classique des psychoses puerpérales nous apprend en effet que le déni de l'enfant réel et l'inflation de l'enfant imaginaire aboutit au délire à thème infanticide, délire qui occupe le devant de la scène ; mais il paraît exceptionnel que l'enfant soit réellement en danger, en raison des mesures qu'entraîne cette symptomatologie bruyante, et surtout parce que l'essentiel du conflit se joue d'abord dans la sphère psychique et non pas dans l'agir.

En contraste avec l'effervescence du délire il faut souligner l'extrême difficulté de la mère d'enfant battu à verbaliser sa souffrance et le déni massif qu'elle oppose à la reconnaissance de ses problèmes. Certes elle se prémunit ainsi d'inculpations anticipées mais nous pensons que cette pauvreté du langage est corrélative de l'évacuation dans le passage à l'acte de sa réalité psychique. Confronté à ce "blanc" le soignant, s'il parvient à ne pas surestimer les effets des facteurs sociaux, a pour tâche d'essayer de reconstruire par l'imaginaire la vie psychique du sujet avant que celui-ci, après de longs mois de liens thérapeutiques, ne puisse parler en son nom propre.

Ainsi nous ferions volontiers d'un certain nombre de sévices envers enfant des "psychoses de maternalité à expression psychopatique". P.C. Racamier a largement comparé la maternalité et l'adolescence : destruction et restructuration de la personnalité par l'effet des forces pulsionnelles, des réaménagements narcissiques, des identifications nouvelles, etc... Nous ajouterons que dans la maternalité comme l'adolescence, les contraintes que fait peser la réalité extérieure (séparations d'avec l'enfant, conjugopathie sévère, isolement social, etc...) sur la mère peuvent l'inciter au passage à l'acte, dans l'illusion qu'un changement externe - la disparition de l'enfant (dont la partie mauvaise est prise pour le tout) - pourra atténuer la souffrance interne, non élaborable par la voie de la mentalisation en raison de la fragilité de la structuration psychique antérieure.

La représentation qu'a la mère de l'enfant est celle d'un persécuteur intrusif - et nous avons vu comment les séparations précoces itératives forgeaient cette image. Son exclusion du champ perceptif maternel par de nouveaux placements (fréquemment demandés avant le sévice) puis en désespoir de cause par sa mort, peut constituer la solution extrême, à la manière dont certains suicidants essaient de tuer en eux-mêmes l'objet persécuteur.

2. Mais d'autres cas cliniques nous suggèrent que l'enfant n'est même plus représenté dans l'espace psychique maternel. A la place de son image existe un vide, que l'on pourrait comprendre comme l'hallucination négative de l'enfant, par une mère dont la structure évoque la psychose blanche décrite par J. L. Donnet et A. Green (26).

C'est ainsi que se présente Mme N. dont la petite fille C... est hospitalisée à 3 mois dans un tableau de coma convulsif dû à une hémorragie méningée. La mère avait secoué violemment le nourrisson à tête ballante et provoqué ainsi un décollement méningé. Interrogée sur l'accident elle répond qu'elle a un peu secoué l'enfant mais ne comprend pas qu'il ait besoin de soins hospitaliers. L'enfant comateux est "normal" à ses yeux. D'ailleurs elle se promène avec un sourire perpétuel, n'exprime aucune souffrance, mais seulement une discrète irritation devant la répétition des entretiens auxquels elle se rend cependant volontiers. Elle oppose à notre compréhension une sorte d'angélisme qui repose sur le déni d'une partie de sa réalité psychique et de la réalité extérieure. Elle a rompu toute relation avec sa famille mais "s'en porte bien" ; le père de ses deux enfants, lui-même un homme très vulnérable et méfiant, "écorché vif", refuse le mariage et la reconnaissance de paternité, mais "il a bien le droit de faire comme il veut et elle s'en porte bien". Elle ne perçoit pas les dangers de chute et de blessure auxquels un jeune enfant peut s'exposer et il faudra les nombreuses interventions d'une puéricultrice à domicile pour qu'elle en prenne conscience.

Elle n'exprime aucun des affects qui pourraient l'envahir ; ni haine, ni dépression, ni angoisse. Elle n'espère rien non plus. Elle donne l'impression d'avoir désinvesti massivement son propre être et ses objets internes, ses processus de pensée pour aspirer au néant. "Je n'ai besoin de personne, je suis bien toute seule". Mais l'effondrement est à l'orée de cette fausse sérénité et elle nous menace de "partir au ciel" si nous ne lui rendons pas C... Enfin, elle évacue ses propres paroles à l'extérieur (nous savons qu'elle raconte aux voisins qu'on l'a soupçonnée d'avoir maltraité sa fille) et ne les reconnaît pas comme siennes lorsqu'elles lui font retour ("on raconte que je bats mes enfants"). Les parties projetées du self font retour dans l'ébauche d'un délire de persécution.

Nous ne savons quelle décision prendre. Car Mme N. entretient avec sa première fille, de 18 mois, épanouie et bien développée, une relation chaleureuse, nous faisant penser qu'à côté du secteur malade tel que nous l'avons décrit, il existe en elle un secteur sain conforté par les gratifications narcissiques importantes que lui procure cette fille aînée. Lui retirer même temporairement la plus jeune constituerait une épreuve insurmontable, pensons-nous, qui pourrait précipiter le suicide évoqué. Mais par ailleurs nous imaginons (faute de le savoir) que C... n'est pas investie narcissiquement et qu'elle est identifiée au concubin, un "jean-foutre" confie-t-elle un jour comme par mégarde, c'est-à-dire un incapable mais aussi un danger pulsionnel.

Si bien que le déni par la mère des besoins physiques de C... nous paraît procéder de cette hypochondrie négative du corps dont parle A. Grenn (50), l'enfant étant, dans notre cas, projectivement identifié au corps propre maternel. Faire disparaître l'enfant n'est-il pas alors une tentative pour vider cette partie qui la menace en elle ? Le père n'est d'aucun secours pour élaborer une solution : il disparaît après le premier entretien, après nous avoir évoqué son abandon par sa mère à la naissance et par son père quelques années plus tard.

Après concertation entre l'hôpital et le secteur, C... est rendue à ses parents, avec l'appui d'une AEMO, et surtout d'une puéricultrice à domicile qui avait, antérieurement aux sévices, noué une relation très appréciée par Madame N. Deux mois plus tard, l'enfant est à nouveau hospitalisée pour hématome sous-dural bilatéral nécessitant une intervention neuro-chirurgicale. "Il ne s'est rien passé" dit la mère, et pourtant le déroulement de l'histoire clinique est en faveur d'une récurrence des sévices et non pas des suites de la première hémorragie méningée.

Nous nous sentons impuissants à créer les conditions nécessaires à la sauvegarde de l'enfant dans la famille. Elle est donc confiée temporairement, par décision judiciaire, à une famille d'accueil pendant que se poursuit le travail auprès de la famille.

3. Nous avons émis l'hypothèse - à propos des troubles de la puerpéralité - que le délire préservait l'enfant et la mère de l'infanticide. Rares en effet sont les mères psychotiques délirantes auteurs de sévices.

L'une d'entre elles présente une histoire singulière, dont nous ne possédons en fait que des fragments, car au délire persécutoire répond le clivage des soignants, avant que le réel de la mort ne surgisse "à l'emporte-pièce".

Mme B. accouche par césarienne en mars 1974 de son cinquième enfant, un garçon H... Son mari est depuis quelques mois atteint d'un cancer pulmonaire d'évolution rapide. Dans le post-partum (mai 1974) Mme B. doit être hospitalisée au Vinatier, à la fois pour délire et suspicion de sévices envers l'enfant. Le contenu du délire ne nous est pas connu avec précision, sinon qu'il fut "très persécutoire" selon certains soignants et que l'ensemble des travailleurs médico-sociaux se clivèrent ensuite entre ceux qui "croyaient" à la réalité des sévices et ceux qui n'y croyaient pas. Car il s'agit bien dans cette histoire de croyance, c'est-à-dire d'une forme de pensée dérivée de constructions fantasmatiques partagées. Toujours est-il que H..., âgé de 5 mois, est hospitalisé en pédiatrie pour fracture de l'humerus et hématomes multiples. Puis il séjourne jusqu'à un an un mois en pouponnière, est rendu à ses parents et revient 3 semaines plus tard en avril 1975 à l'hôpital pour fracture et cachexie.

Dans le voisinage la rumeur, mythe et réalité, parle de défenestration, d'enfermement dans le réfrigérateur. Nouveau placement de l'enfant cette fois auprès d'une nourrice sur ordonnance judiciaire, chez qui il demeurera jusqu'en décembre 1977 (âgé alors de 3 ans 9 mois).

L'équipe du Pavillon S prend connaissance de la famille en septembre 1976 quand N..., l'avant-dernière enfant, est adressée pour hypotrophie, traces d'ecchymoses et tableau de carence affective. Ce nouvel incident survient en mars 1976, six mois après le décès du père, alors que la

mère paraît guérie de son épisode délirant, gère la réalité de sa famille et s'occupe bien de ses trois aînés. Plusieurs réunions des divers soignants permettent de réduire les clivages et de prendre la décision commune de placer N..., sur ordonnance judiciaire, chez la nourrice de son frère H... ; il est convenu dans le même temps que des visites régulières seront organisées chez la mère et chez la nourrice.

Ce programme est tenu. N..., très améliorée, retourne chez elle définitivement en octobre 1977 et s'en portera bien. A cette époque Mme B. vit en concubinage officiel ; elle rencontre de temps à autre un infirmier du secteur, un éducateur d'AEMO (★), une travailleuse familiale.

Tous les soignants (représentant l'hôpital, la justice, le secteur psychiatrique, l'ASE (★)) s'accordent pour reculer encore la date du retour de H..., presque un inconnu dans la famille, et encoprétique lors de permissions. Cependant Mme B. le réclame avec insistance et à Noël elle refuse, au terme des vacances de H... passées à la maison, de le rendre à la nourrice. Après hésitation et sur la foi de renseignements favorables, le juge prononce une main-levée, avec maintien de l'AEMO, mais l'éducateur se heurte désormais à un refus de contact. En mars 1978 il a connaissance, par l'école, de l'existence de nouveaux hématomes ; il rappelle à la famille que le juge des enfants a prononcé une AEMO. Le 21.4.1978 H... décède dans des circonstances obscures : d'après la famille, il serait tombé contre un coin de mur, poussé par un de ses frères ; il serait décédé rapidement mais le médecin n'est appelé que le lendemain. La vérification médico-légale conclue dans le sens de la mort naturelle. La rumeur accuse Mme B. d'avoir tué son fils.

Les soignants sont à nouveau partagés sur l'interprétation de ce décès : accident ou sévice. Notre opinion personnelle est qu'il s'agit de sévices, comme les fois précédentes ; l'issue fatale de ce programme de soins continue de nous interroger et appelle aujourd'hui un commentaire.

- Le délire maternel est contemporain de la maladie mortelle du père et de la naissance du dernier enfant, conçu pendant cette maladie.

- Les premiers sévices, survenus dans l'aura du délire, se reproduisent et provoquent la mort de l'enfant en avril 1978 au voisinage temporel de deux "anniversaires" : la deuxième hospitalisation de l'enfant en avril 1975 et le décès du père en mars 1976.

Nous retrouvons là quelques-uns des éléments organisateurs de la psychose par antidépression décrite par J. Guyotat (52). On est en droit en effet de postuler un rôle déterminant à la coïncidence entre la

(★) A.S.E. : Aide Sociale à l'Enfance

A.E.M.O. : Assistance Educative en Milieu Ouvert.

mort du père, certes un an avant - mais déjà inscrite dans le cancer - et la naissance du fils dans l'éclosion du délire du post-partum, délire qui disparut après la mort du mari.

Mais nous sommes arrêtés dans la compréhension de ce cas en raison de notre ignorance du discours tenu par Mme B., à moins que nous ne prenions cette ignorance comme le symptôme inter-institutionnel du non-dit.

Un soignant a cependant rendu compte en 1977 de son travail thérapeutique auprès de cette malade, qu'il contribua à "guérir", mais au prix peut-être du déni de la réalité des sévices, considérés par lui comme mythiques. Identifié à la mère, il se trouva naturellement en opposition à d'autres soignants identifiés aux enfants. Mais la part de réalité dont chacun était porteur paraissait incommunicable à l'autre, elle ne pouvait se dire sauf à engendrer des conflits violents, insupportables entre les soignants. Un temps, l'équipe hospitalière, lieu tiers, et sur son instigation, le juge d'enfants, permirent une relative cure du clivage. L'équipe hospitalière reconnut la réalité de la souffrance de la mère et de l'enfant. La mère persécutait l'enfant par des coups mais l'enfant ne persécutait pas moins sa mère par la violence imaginaire dont il était le vecteur, à savoir la mort du père, et ensuite par son absence accusatrice et ses retours intrusifs. Les soignants de l'hôpital réussirent à faire partager aux autres soignants une position d'identification ambivalentielle à l'enfant et à la mère, ce qui permit que la référence au juge d'enfant fût acceptée et représentât un temps thérapeutique.

A ce point de notre discussion, il nous faut souligner que si les échanges entre soignants étaient nombreux ils n'apprenaient pas grand-chose sur Mme B., elle-même retranchée derrière son mutisme lorsqu'elle était face à des soignants perçus comme hostiles, qui puisse donner un sens à ses gestes agressifs. Mais le débat portait entre soignants sur la réalité ou l'irréalité des sévices, et sur les mesures qui en découlaient, et chacun, nous semble-t-il a posteriori, gardait par devers soi un secret ; quel secret ?

Nous avançons l'hypothèse que H... (et à un moindre degré N...) était devenu l'enfant imaginaire des soignants. Là encore les distinctions établies par J. Guyotat entre filiation biologique, filiation instituée et filiation fantasmatique nous paraissent fécondes pour éclairer ce point de l'histoire clinique.

H..., conçu alors même que la mort du père était sue inéluctable par la mère, prenait place, pour la mère, dans une "filiation narcissique" : comme enfant parthénogénétique imaginaire.

Mais il est intéressant de supposer que ce système de filiation narcissique a également fonctionné entre les soignants. La mère déchue temporairement de ses droits par les placements, le père disparu, c'est-à-dire filiations biologique et instituée forcloses, les soignants pouvaient devenir les parents imaginaires de l'enfant imaginaire, c'est-à-dire s'inscrire

à leur tour dans la filiation narcissique, avec tous ses aléas de clivage, d'idéalisation bonne et mauvaise, et de déni de la réalité.

Ceci rappelle le mouvement thérapeutique rapporté par A. Beetschen (4) à propos d'une malade présentant une psychose puerpérale qui guérit seulement après son transfert en service psychiatrique, dès lors que la filiation instituée fut signifiée à la fois pour la malade et pour les soignants. Dans cette perspective, le juge, loi et protection, réintroduisit la filiation instituée, le nom du père, auquel tous se référèrent en même temps.

Ne faut-il donc pas voir, dans la défaillance de cette loi (la "main-levée" qui fut plutôt une "main-forcée") une répétition de la mort du père ? Il est significatif qu'à ce moment critique (la main-levée, le retour définitif de H... chez lui) aucun échange n'ait eu lieu entre l'éducateur d'AEMO, les membres du secteur psychiatrique, et l'équipe hospitalière, et que les événements aient été rapportés seulement après la mort de H... Le non-dit était à nouveau contemporain d'une absence de référence à la Loi (au sens de forclusion de l'ordre paternel) dans la famille B. et chez les soignants eux-mêmes. Telle est la reconstruction théorique que nous proposons pour essayer de comprendre cette histoire complexe. Plus que toute autre elle nous confronte à ce qui est devenu peu à peu une évidence : faute de reconnaître la réalité des sévices, les soignants exposent l'enfant au réel de la mort. Car, au travers des coups et blessures, le désir infanticide est présent, non plus seulement dans le délire, mais dans l'agir. Nous avons précédemment souligné ce qui, du côté des parents, pouvait conduire au passage à l'acte. Nous voyons maintenant en quoi la collusion imaginaire entre parents et soignants et le déni de réalité qui est son corollaire le précipitent dans ce cas et dans bien d'autres. Dans ce système magique, où les pensées et les actes sont équivalents, il n'y a plus d'obstacle à ce que le fantasme infanticide s'actualise ni à ce que l'acte meurtrier redevienne un fantasme, sous forme de mythe.

III - DU PERE (L'ombre du père)

Le rôle du père ne s'est précisé que peu à peu dans notre esprit. Rarement en cause directement dans les sévices, il y fait plutôt porter son ombre, à la suite de ce que nous pouvons maintenant désigner comme une défaillance de sa fonction métaphorique instituante. Mais les chemins qui y mènent sont multiples et nous en donnerons quelques exemples.

1. Le premier nous permettra de nous interroger sur l'incidence de la blessure du corps du père sur la blessure de l'enfant.

Z... est le fruit d'une première grossesse gémellaire. La soeur n'a eu aucun problème. Lui-même n'a été séparé que 5 jours de sa mère en

raison d'un petit poids de naissance (2300 g). Tout va apparemment bien jusqu'à l'accident de travail du père, un chef d'équipe du bâtiment, victime d'une chute entraînant un traumatisme crânien avec perte de connaissance dont il gardera un syndrome subjectif important. Pendant la période aiguë, sa femme lui rend visite à l'hôpital tous les jours. Les deux jumeaux, alors âgés de 5 mois, sont confiés le jour à leur tante maternelle. Quinze jours après le T.C. du père, le fils, Z..., est hospitalisé en pédiatrie pour hémato-me sous-dural. L'enfant serait tombé d'un canapé ... Il est rendu à sa famille. Trois mois plus tard, il revient pour fracture de l'humerus. Il est alors confié, par entente à l'amiable, à la tante maternelle pendant un an, puis retourne chez ses parents. A l'âge de 3 ans, il est hospitalisé dans un autre service pour coma convulsif par traumatisme crânien et fracture du crâne. "L'accident" survient quelques jours avant la date du départ en vacances de la mère en Algérie avec ses deux enfants, alors que le père refusait de s'y rendre disant que la chaleur accentuait ses vertiges. La mère allègue une chute mais reconnaît implicitement sa culpabilité et accepte, ainsi que son mari, le signalement judiciaire et la mesure d'AEMO, condition du retour en famille.

M. et Mme Z. sont l'un et l'autre intelligents, cultivés, chaleureux avec leurs deux enfants, manifestant une préférence discrète pour la fille, surtout de la part de la mère. Cette bonne impression est partagée par l'éducatrice d'AEMO et rend les passages à l'acte plus énigmatiques encore. Bien sûr, Z... peut être considéré comme le "jumeau en trop" selon l'expression de B. Mounier (91). Il est un peu en retard dans son développement psycho-moteur par rapport à sa soeur et adopte vis-à-vis de l'étranger un comportement de trop grande proximité, il est trop sage, un peu "soumis", mais capable de bien s'exprimer, joueur et affectueux avec ses deux parents.

La mère, très européanisée, se présente sous un jour assez obsessionnel, contrôlé. Elle fait part de ses désillusions successives à l'éducatrice d'AEMO. Mariée à 28 ans par convention ("car c'est un péché de ne pas se marier"), elle quitte son travail en Algérie et gagne avec son mari la France dont elle a rêvé et qui la déçoit profondément. Isolée, en rupture de culture, sa première grossesse qu'elle affirme non souhaitée est sanctionnée par la gémellité. On peut alors imaginer que Z... a activé en elle une culpabilité oedipienne.

Cette figure classique de l'enfant oedipien serait sans doute restée à sa place de construction fantasmatique inconsciente si elle n'était entrée en résonance avec un événement réel, le T.C. du père, dans le post-partum. Là encore nous ignorons tout des mouvements internes que cet accident a suscités en Mme Z. Mais la récurrence du sévère et sa forme peuvent nous mettre sur une piste. Z..., à 5 mois et à 3 ans, est blessé à la tête, comme son père. A 5 mois comme à 3 ans, le père a été temporairement effacé : par le TC-PC puis par l'imminence de la séparation. Aussi pouvons-nous supposer que ces événements réels actualisent un fantasme, celui d'invalidation du père, et que par un court-circuit imaginaire, le fils subit le même sort, c'est-à-dire une "castration dans la tête".

Reconstruction théorique encore une fois que le manque de matériel rend aléatoire. Cependant elle permettra aux soignants de signifier aux parents l'importance du maintien, à long terme, de la tutelle judiciaire, c'est-à-dire d'un interdit symbolique.

La blessure du corps du père ne se trouve-t-elle pas ici réinscrite comme une "blessure du nom propre" selon le titre du livre d'Abdelkebir KHATIBI.

2. Le deuxième exemple illustre à notre avis les effets de la honte narcissique paternelle.

L... et S..., âgés de 1 an 3 mois et 2 ans 6 mois, subissent à des intervalles rapprochés des sévices, responsables pour la fille de fractures, pour le garçon de brûlures et d'ecchymoses. Tous deux sont d'anciens prématurés : L... (1670 g) séparée 5 mois de ses parents, S... (1450 g) séparé 2 mois puis à d'autres reprises. Nous retrouvons donc là un premier facteur, la séparation précoce et prolongée, dont nous savons maintenant qu'il est une condition fréquente des sévices mais non suffisante à elle seule.

Mme T., de structure dépressive, se décompense après la naissance de S... "J'ai maigri de 13 kgs depuis sa naissance, je suis angoissée, je me retiens de le taper, je me dispute avec mon mari ; lorsque S... m'a été rendu à 2,5 mois, il avait l'air méchant, il refusait de manger, on aurait dit qu'il le faisait exprès pour m'énervier".

Mais la dépression maternelle est en permanence activée par l'attitude du père. D'emblée il s'est senti blessé par la prématurité de ses enfants qui auront ensuite un retard de développement staturo-pondéral à - 2 DS et psycho-moteur léger. Il adopte des réactions de prestance, rejette toute responsabilité sur sa femme et va jusqu'à mettre en doute sa paternité : "Ces enfants débiles ne peuvent être de moi". Il ne veut pas les présenter à la famille de sa femme à qui il interdit de revoir ses parents ("Si tu y vas, tu y restes"), ce dont elle est très affectée. La famille vit recluse, sans aucun contact de voisinage.

Quant au père, il n'a jamais connu ses parents et fut élevé en famille nourricière. Il a honte de ses origines, honte de ses enfants, dont il espérait pourtant réparation narcissique. Ignorant de sa filiation, il reçoit comme blessures personnelles, pulsionnelles et narcissiques, les échecs répétitifs du processus d'engendrement du couple : un mort-né, une fausse-couche, puis deux prématurés. Il s'en défend par un refus de paternité qui pousse sa femme dans la position intenable de la filiation narcissique.

3. Le troisième exemple articule plusieurs problématiques autour de l'enfant de remplacement.

Nous reprendrons ici le cas de Z... A. déjà évoqué par ailleurs, victime de fracture à 5 ans puis à 6 ans d'intoxication à l'eau, accompagnée de contusions des zones génitales. C'est dire que d'emblée son histoire se présente sous le jour passionnel de conduites sadiques, qui provoquent l'intervention de la police à domicile. Mais les inspecteurs, alertés par X., se méprennent sur l'âge de la victime : ils la croient âgée de 16 ans, savent que des violences sexuelles ont été exercées dans la famille, et concluent que le père a commis un viol incestueux sur sa fille. Celui-ci est donc d'emblée désigné comme le criminel, mais clame son innocence, et tentera de laver l'opprobre et de se faire réhabiliter dans son intégrité morale lors d'un procès dont l'instruction n'est pas close. Les soignants pensent bien en effet que la mère est l'auteur des sévices, ne serait-ce qu'en raison de la virulence paranoïaque avec laquelle elle soupçonne les soignants de maltraiter sa fille, projetant sur eux l'accusation qui l'envahit. Z..., elle-même, met en cause sa mère mais jette un doute sur le comportement du père. Sitôt entrée à l'hôpital elle se débarrasse des scènes violentes qu'elle a vécues en les racontant à qui veut l'entendre. La réalité des lésions est là pour authentifier un discours qu'elle livre d'un ton hypomaniaque. "Ma maman me bat, me fait boire de l'eau, pas de lait, elle ne me donne pas à manger, elle m'attache, me monte sur le ventre, me tape avec un bâton ... mon papa aussi ... "Pourquoi ?" Parce que je veux jouer aux marionnettes. Je veux rester ici (l'hôpital) ... Ils iront en prison. "Qui t'a dit ça ?" J'ai vu ça à la télé ... maintenant ma maman elle est gentille, elle me donne des bonbons ... , je veux rester ... mon père il est toqué". On le voit, toujours avec étonnement, le lien sadomasochique est solide entre l'enfant et ses parents. Une enfant très investie, mais en quel nom ? Car Z... porte le nom de la soeur du père, une "soeur chérie", décédée brutalement alors que Mme A. était au 7e mois de grossesse de sa fille, la deuxième de 5 enfants. "Z... la fille" sera à proprement parler l'enfant de remplacement de "Z... la soeur" du père qui raconte : "Z... ma soeur chérie était la "chouchoute" de notre père, elle est décédée, naturellement, je voulais la remplacer". "Z... la soeur" n'était-elle pas adorée mais aussi hâve d'être la rivale de M. A. pour obtenir l'amour de leur père ? La coïncidence mort-naissance et le scénario fantasmatique qu'elle induit vont se compliquer d'un nouveau facteur : Z... est dysmature : 2100 g à terme. Elle sort néanmoins assez vite de l'hôpital pour aller chez elle mais à 3 mois elle est placée à Giens, sur la demande des parents (?), en tout cas avec l'approbation médicale. Elle en revient à 9 mois ... avec les troubles du comportement classiques de l'enfant atteint d'hospitalisme.

La mère entre vite en conflit avec cette enfant difficile, une rivale puisque le père la "chouchoute". "Mon mari aime Z... comme sa fille et comme sa soeur"... Les difficultés paraissent s'accroître lors de la naissance du troisième enfant, alors que Z... est âgée de 3 ans. Elles culmineront lors des violences décrites. L'enfant sera placée alors en internat sur ordonnance du juge. Son retour en famille se discute actuellement,

Cette observation, où la violence s'intrique explicitement avec la sexualité, souligne l'extraordinaire enchevêtrement des fantasmes et de la réalité, et la participation des deux parents dans l'histoire des sévices. De plus elle nous suggère cette hypothèse : dans le fantasme, l'enfant battu est un enfant incestueux. Que l'interdit de l'inceste s'estompe à la faveur d'un court-circuit fantasme-réalité et l'interdit de l'infanticide devient réel à son tour.

Ces études, schématisées pour donner à la clinique la valeur nécessaire d'une démonstration, représentent un essai pour "penser les sévices" et leur donner un autre sens que la seule logique de la misère sociale et du traumatisme psychique.

Il resterait à dire comment l'enfant vit les sévices, les défenses qu'il aménage, l'évolution de son état psychique au cours des tentatives de soins. Ce travail sera l'objet de notre mémoire de psychiatrie. Mais déjà nous nous posons une question : comment se fait-il que ces enfants soient plutôt battus que psychotiques ?

Leur histoire en effet pourrait les conduire à la psychose. Pourtant dans la grande majorité des cas il n'en est rien au moment des sévices. Par contre nous avons constaté des évolutions psychotiques après que les sévices eurent cessé, l'enfant restant dans sa famille.

HYPOTHESES THEORIQUES

La clinique des sévices envers enfants, abordée sous l'angle psychodynamique, nous semble renvoyer à deux aspects principaux :

- d'une part à une distorsion grave du lien parent-enfant et plus particulièrement mère-enfant, qui nous engage à reprendre quelques-uns des concepts formulés à partir des premières relations et des processus d'attachement,

- d'autre part à des difficultés propres aux parents concernant la genèse de leurs fantasmes agressifs mais surtout l'insuffisance du contrôle de leur mise en acte.

I - LIEN PARENT-ENFANT

Il fait l'objet d'une distorsion majeure chaque fois que la périnatalité est troublée par une affection somatique de l'enfant (dont la prématurité est le prototype (14)) ou par une décompensation psychique parentale pouvant aller jusqu'à la psychose puerpérale. Cependant nous avons vu que les plus minimes incidents réels deviennent traumatiques dans l' "après-coup" propre aux processus psychiques : le réel réactualisant des scénarios antérieurs vécus ou fantasmés.

De nombreux travaux de toutes disciplines ont été consacrés à l'étude des premiers liens parents-enfants ; nous évoquerons ici seulement ceux qui nous semblent le plus directement concerner notre sujet en nous limitant au champ psychanalytique et éthologique.

1. Approche psychanalytique

Le courant initial qui va de S. Freud à Spitz et M. Klein fonde les prémisses du lien sur la satisfaction des besoins physiologiques, dont le prototype est le besoin de nourriture, et sur lesquels les pulsions libidinales et agressives vont sans cesse s'étayer. L'enfant se dégage peu à peu de la dyade formée avec sa mère en même temps que se constituent en lui les premiers représentants de ses pulsions partielles pour faire ensuite l'expérience de la relation à l'objet d'amour et de haine, le parent séparé de lui. La sécurité existentielle de l'enfant, son narcissisme primaire trouve son origine dans l'adéquation de l'offre maternelle à la demande infantile selon un processus de dépendance réciproque dont Balint et Bettelheim ont souligné la dimension de mutualité active : l'enfant, tout autant que sa mère, participe à l'échange : par sa manière de regarder, de têter, de se mouvoir dans ses bras ... etc. La mère, grâce à l'investissement dont est l'objet l'enfant imaginaire avant la naissance, se trouve prête à comprendre chaque progrès de l'enfant réel comme un témoignage de son aptitude à l'aimer. Les transactions narcissiques et pulsionnelles multiples entre mère et enfant instaurent l'enfant réel comme objet d'amour-tendresse sans que pour autant l'enfant imaginaire ne s'efface complètement puisqu'il demeure à jamais le maillon dans la chaîne de la filiation fantasmatique. Mais nous l'avons vu, la nécessité de ce processus peut être mise en cause par l'absence aux côtés de la mère, du nouveau-né dans un rapport de contiguïté qui fonde la filiation biologique, métonymique, pour reprendre l'expression de Guyotat.

On sait, d'après de nombreux travaux, notamment ceux de Th. Benedek et P.C. Racamier, que la mère est préparée à tenir ce rôle grâce à une complexe maturation fantasmatique au cours de la première grossesse et qui se poursuivra lors de grossesses ultérieures. Son déroulement dépendra hautement des premières organisations psychiques infantiles dont les modalités successives, activités pulsionnelles, défenses, états du Moi, forment le "creuset de l'expérience maternelle". Cette réorganisation structurante s'oriente selon la double identification de la mère à sa propre mère et à son enfant, et la référence au père issue des positions oedippiennes. L' "amour maternel" est ainsi la résultante d'une riche histoire qui s'actualise lors de la régression narcissique normale de la grossesse pendant laquelle culminent les sentiments ambivalents, en grande partie atténués lors de la naissance d'un enfant sain et gratifiant. L'hostilité inconsciente, source de culpabilité, s'efface en partie au profit de l'amour-tendresse.

Les écrits de Winnicott attestent d'une démarche qui accorde une place primordiale à la relation entre l'enfant et la mère-environnement (sans peut-être souligner ce qui se joue dans la psyché entre la mère-environnement et la mère pulsionnelle). Dès les premiers instants la mère n'est pas seulement celle qui pourvoie aux satisfactions orales ; elle est autre chose qu'un bon sein : comme l'écrit J.B. Pontalis, commentant l'oeuvre de Winnicott "c'est un bain de paroles, ce sont regards, sourires, contacts, des bras qui tiennent ...". Grâce à son hypersensibilité, à sa perception hypocondriaque des besoins de l'enfant, à cette "préoccupation maternelle primaire" elle

fournit à celui-ci le "handling" et "holding" adéquats qui font d'elle "une mère presque parfaite". La mère-environnement s'adapte donc activement aux besoins de l'enfant qui peut ainsi intégrer ses premières expériences pulsionnelles, et passer "de la non intégration primaire à des moments d'intégration", premiers pas vers la constitution d'un "self authentique" et de l'identité au fur et à mesure de la désadaptation progressive de la mère à l'enfant.

Cette conceptualisation rejoint celle qui fait de la mère le pare-excitation de l'enfant tant par rapport aux stimuli externes qu'aux stimuli internes provoqués par la montée des besoins. A cet égard le manque n'est pas moins excitant, désorganisant que l'excès. Ce délicat équilibre n'est assuré que si la mère peut assumer conjointement sa double identité, métaphoriquement, de mère le jour, d'amante la nuit (M. Fain, D. Braunschweig).

C'est que, d'emblée, dans la dyade mère-enfant, le père est présent pour la mère quelque soient par ailleurs les mouvements que font naître en lui la paternalité, mieux étudiés depuis quelques années. Le destin de la paternalité est double pourrions-nous dire. D'une part le père se situe en tiers, référent de la Loi et de l'ordre culturel dont il est le représentant, médiateur qui s'interpose dans cette situation duelle. A ce titre il est le garant que la régression narcissique maternelle trouvera une issue autre que le délire et pourra constituer l'assise de progrès ultérieurs. Mais d'autre part il doit élaborer pour son propre compte les intenses remaniements structurels de "la couvade" car il n'échappe pas aux mouvements pulsionnels que font surgir l'accès à la fonction paternelle. Elle renvoie aux identifications féminines et réactive rivalité et envie par rapport à l'enfant à naître mais aussi les conflits oedipiens avec l'angoisse de castration. La frustration et l'ambivalence trouvent là aussi leur défervescence naturelle lorsque l'enfant réel, prénommé, prend place dans la "filiation symbolique instituante" (53).

D'être ainsi pris comme "père et mère" dans les remous d'une profonde restructuration de la personnalité en même temps que dans la nécessité de représenter le tiers symbolique, explique peut-être les achoppements souvent masqués de la paternalité que nous avons pu constater en particulier dans la clinique des sévices.

2. L'approche éthologique

Les principales références sont celles des travaux de Lorenz, Tinbergen, Bowlby. Cette approche fait de l'attachement un processus instinctuel indépendant de l'étayage. Certes l'apprentissage, par le biais du phénomène de l'empreinte, fournit ses matériaux à l'établissement du lien mais le moteur en est un montage comportemental inné qui s'exprime au travers d'une série de patterns. Pour Bowlby : succer, étreindre, crier, sourire, suivre, qui permettent tous d'assurer la proximité de la mère ou de ses substituts, et qui s'intègrent ultérieurement dans des systèmes de comportement plus complexes.

Ces séquences instinctives ritualisées ont pour effet de protéger et de nourrir la progéniture. Cependant il est intéressant de noter avec J. Miermont (88 bis) que "l'amour instinctuel" compris comme processus d'attachement, s'accompagne d'une augmentation des comportements agressifs nets lors de la mise bas, mais adaptés, c'est-à-dire dirigés vers les congénères adultes, ou parfois dans certaines espèces vers la progéniture elle-même dans le but d'assurer une régulation de la population. Mais l'éthologie nous apprend également que l'attachement peut se heurter à des obstacles dans quatre types de circonstances :

- les systèmes instinctifs peuvent être relativement imprécis si bien que la progéniture peut ne pas être correctement reconnue et devenir un objet à fuir ou/et à attaquer. Mais comme l'écrit Miermont "ces réactions meurtrières sont habituellement corrigées par des rituels d'apaisement ou de réassurance",
- un environnement totalement atypique : comme la captivité par exemple,
- des défauts génétiques affectant soit les parents soit la progéniture,
- la peur violente enfin aboutit à la suppression des comportements de soins chez les parents.

Cette dernière circonstance nous introduit dans le domaine des rapports entre les émotions et le maternage, largement étudié par Harlow (cité par Miermont), chez les primates macaques rhésus. Le comportement maternel évolue chez eux en trois phases : la première d'attachement et de protection ; la seconde d'ambivalence et d'indifférence ; la troisième correspond à la séparation physique concrétisée habituellement par la survenue d'un nouveau petit. Mais cette séquence temporelle peut être perturbée de diverses manières dont l'une, passionnante en ce qu'elle évoque la clinique des enfants battus, est représentée par l'expérience des "mères orphelines" (motherless mothers), expérience réalisée par Seay et rapportée par Miermont.

Des femelles macaques sont isolées, de la naissance à 18 mois, de leur propre mère et de leurs congénères. Cet isolement précoce induit tout d'abord des conduites sexuelles aberrantes et une baisse de leur fécondité. Une petite partie d'entre elles, grâce à la collaboration de mâles expérimentés, pourront mettre au monde des petits. Dans l'expérience citée, quatre femelles furent soigneusement observées dans leur relation à leur descendance. Deux se montrent d'emblée "violentes et abusives", les deux autres sont "dans un état d'indifférence et de retrait". Dans tous les cas les petits seraient morts sans l'intervention de l'observateur. Mais ces attitudes ne sont pas sans paradoxe, comme en clinique humaine : la plus agressive des mères singes (surtout lors de l'allaitement) redouble de violence à l'égard du petit lorsque l'expérimentateur essaie de le soustraire à la mère pour le nourrir ; c'est également cette mère qui s'emploie le plus à dispenser au petit nursing et bercement et qui le retient auprès d'elle pour qu'il n'aille pas dans l'aire de jeu. Il est probable que cette proximité, dangereuse, a aussi pour effet, si l'enfant échappe à la mort, de soigner ces mères puisque leur

agressivité décroît au fil des mois, soit qu'elles se familiarisent avec leurs petits, soit qu'ils deviennent aptes à se défendre. Toujours est-il que cette première expérience de maternage, grâce à la médiation des humains et à la recherche active de contact de la part du petit, restaure la mère dans son comportement qui devient normal voire hyperprotecteur lors d'une deuxième naissance.

Ces expériences donnent à observer une étonnante désintrication pulsionnelle qui nous ramène à la clinique humaine, plus difficile à comprendre puisque chez l'homme les conduites instinctuelles dont l'attachement sont d'emblée négociées selon les axes structuraux et historiques de la vie fantasmatique comme le souligne S. Lebovici (131) : "Si l'attachement est une donnée fondamentale de la relation entre l'enfant et sa mère et si sa régularisation suppose tout un programme génétique qui en fait une nécessité, les hasards de l'histoire sont ceux qui fondent la vie mentale et leur donnent sa spécificité".

3. La distorsion du lien parent-enfant

En clinique elle fait donc intervenir à chaque fois deux séries nécessairement complémentaires, celle de l'attachement instinctuel et celle de la fantasmatisation corrélative qui introduit l'histoire du sujet et de ses pulsions au sens psychanalytique du terme.

La périnatalité psychique (14) constitue le temps fécond du lien et de ses avatars. L'enfant malade, malformé, prématuré, "en trop" dans la problématique gémellaire, déforme l'épreuve de réalité à la mesure des scénarios fantasmatiques préexistants chez les parents. Très vite la "spirale transactionnelle" (Th. Benedek) s'infléchit négativement. "Autant un enfant sain et vigoureux, écrit M. Klein (67) - est une réfutation vivante des angoisses maternelles, autant le confirme un enfant anormal, maladif ou simplement qui laisse à désirer. Il finit même dans certains cas par devenir à ses yeux un persécuteur".

La séparation d'avec l'enfant dans le post-partum amplifie considérablement ce processus. A la réalité du danger encouru par l'enfant et à la frustration et aux angoisses qu'il suscite ainsi, s'ajoute l'impuissance des parents à participer aux soins prodigués à l'enfant. L'enfant, dans sa réalité, n'est plus là pour endiguer les fantasmes et les affects parentaux soumis à un véritable débordement pulsionnel traumatique, qui tend parfois à s'éteindre par un véritable "deuil anticipé de l'enfant" (14).

A partir de cette rencontre manquée entre l'enfant et ses parents se mettent en place des circuits pathogènes : à l'incohérence des comportements parentaux l'enfant répond par ses symptômes. Les capacités d'adaptation réciproque sont vite dépassées et l'enfant est alors identifié à un persécuteur actif.

Cependant cette évolution, de transactions négatives en transactions négatives, propre à provoquer l'émergence de fantasmes agressifs désintriqués des fantasmes libidinaux, n'explique pas suffisamment la mise en acte de la violence. En effet les distorsions du lien entre l'enfant et les parents ne sont pas spécifiques des sévices et se retrouvent dans bien d'autres circonstances de la psychopathologie infantile dont nous avons des exemples en consultation. Les parents maltraitants sont confrontés à une difficulté particulière, à savoir leur incapacité, dans certaines circonstances, à contenir et à mentaliser suffisamment les motions agressives que suscite l'enfant.

II - DE L'AGRESSIVITE A L'AGRESSION

Le concept d'agressivité a connu, dans la métapsychologie freudienne bien des développements et ses rapports avec le narcissisme et la relation objectale sont complexes et parfois mal définis. Nous nous sommes appuyés sur le texte de Laplanche (73), texte lui-même très dense pour tenter de formuler les élaborations successives de ce concept.

Dans une première approche, avant 1920, la pulsion d'agression n'apparaît pas ni même pratiquement le terme d'agressivité, pourtant, comme le souligne Laplanche, il est des "lieux multiples où se repèrent les manifestations dites agressives : complexe d'Oedipe, toujours décrit avec ses deux composantes négative et positive, ambivalence amour-haine (notamment dans la névrose obsessionnelle), manifestation négative de la cure (transfert négatif, résistance ...), perversion sado-masochique, aspects sadiques des phases pré-génitales, etc...". L'agressivité apparaît alors indissolublement liée à la libido et dans cette conception elle découle de la frustration constante des désirs sexuels de l'enfant. En ce sens elle apparaît donc comme acquise et se distingue d'emblée de l' "instinct d'agression" postulé par Lorenz comme une donnée primaire.

A partir de 1920 la notion de pulsion de mort apparaît, qui est reprise dans une deuxième théorie des pulsions, avec la dualité des pulsions de vie et de mort. Laplanche propose une synthèse où il distingue d'une part l'agressivité, activité non sexuelle, et d'autre part le sadisme et le masochisme qui confrontent nécessairement à un élément d'excitation ou de jouissance sexuelle (*). Si nous reprenons cette synthèse en ce qui concerne les rapports de l'agressivité et de la sexualité, nous pourrions la résumer ainsi :

(*) On doit souligner ici l'acception différente du "sadisme" chez les kleinien où il apparaît comme synonyme d'agressivité et de destructivité.

a) le temps premier, dans le plan de l'auto-conservation, est celui d'une agressivité tournée vers l'extérieur. Il s'agit d'une hétéro-agression non sexuelle, donc à proprement parler destructrice.

b) le temps second, à vrai dire quasi simultané, est celui d'un retournement sur soi de l'agressivité. Mais ce mouvement, cette "dérive", provoque une transformation capitale liée au processus de l'étayage qui, dit Laplanche, doit être utilisé comme schéma directeur (intersection entre le plan de l'auto-conservation et le plan de la sexualité) pour comprendre le problème du sado-masochisme. La théorie de l'étayage associe deux aspects majeurs : d'une part une genèse marginale de la sexualité : toute modification de l'organisme, tout ébranlement, est susceptible d'être la source d'un effet marginal qui est précisément l'excitation sexuelle là où se produit cet ébranlement ; d'autre part l'émergence de la sexualité suppose une deuxième condition : le retournement sur soi, le temps "réfléchi", "auto", lorsque la fonction vitale se détache de son objet naturel (ou le perd) et le remplace par un fantasme, "objet" réfléchi dans le sujet.

Ainsi le retournement sur soi de l'agressivité (transformation de l'hétéro en auto-agressivité) est contemporain par la voie de l'étayage d'une sexualisation de l'agressivité source du masochisme dit réfléchi (sorte de "tourment infligé à soi-même, qui n'est pas encore le masochisme véritable").

c) A partir de ce point le mouvement pulsionnel s'opère selon deux directions :

- celle du masochisme dit passif, où une transformation du but actif en but passif s'est opérée, ce qui implique la recherche d'une autre personne, comme "objet" (objet de la pulsion mais sujet de l'action),

- celle du sadisme qui oriente l'agressivité, cette fois sexualisée vers un objet à faire activement souffrir. Ces deux mouvements sont indissociables sur la scène fantasmatique, ne serait-ce que par l'identification du sujet aux deux partenaires de la scène primitive sado-masochique.

Cette conceptualisation nous invite à un retour vers la clinique. Dans nos observations le passage à l'acte violent nous semble en effet renvoyer à deux scénarios :

1. Le premier, que nous avons déjà repéré, peut être considéré comme un scénario sado-masochique entre les parents maltraitants et l'enfant victime. Il s'approche d'un mode relationnel libidinal et structuré de manière oedipienne où l'agressivité est bien liée à la sexualité mais dans le registre pervers. L'aspect compulsif et minutieux de l'agression sur le corps de l'enfant, tatoué de cicatrices laissées par les brûlures, les griffures, les morsures sur la peau et les zones orificielles, renvoie à la dimension sexuelle des sévices mais où la sexualité implique ici la nécessité de la maîtrise de l'objet dans la souffrance. Comme le propose Freud, le passage à l'acte peut être compris, semble-t-il, comme "fantasme agi" pris dans un processus de répétition. On peut supposer que là comme ailleurs, deux facteurs favorisent ce passage du fantasme à l'agi : d'une part la force des pulsions, d'autre part l'insuffisance de leur contrôle par la voie de l'élaboration mentale.

L'enfant bien évidemment internalise l'expérience à laquelle il est soumis : il exprime dans son corps la co-excitation qui naît de la douleur (par exemple être encopréatique) et s'enferme ainsi dans la position masochique (être battu en punition) qui soulage sa culpabilité issue de la haine à l'égard de ses parents : haine accompagnée de fantasmes sadiques que l'enfant met en acte à son tour (salir activement sa culotte) et plus explicitement encore aux premiers temps d'un placement (provocations comportementales qui le rendent difficilement supportable par les équipes institutionnelles ou les familles nourricières qui s'identifient alors parfois aux parents).

Mais lorsque ces échanges sado-masochiques réels s'estompent, quel est leur devenir dans la psyché de l'enfant ? Les parents ont contribué à désorganiser l'espace psychique de l'enfant en y faisant intrusion par leurs fantasmes agis car, comme le rappelle Laplanche, "la position passive de l'enfant par rapport à l'adulte n'est pas seulement passivité dans la relation réelle à l'activité adulte mais passivité par rapport au fantasme de l'adulte qui fait intrusion en lui" (73). Mais un lien demeure avec toute la force du sado-masochisme.

2. Dans un deuxième scénario nous sommes confrontés au contraire avec la disparition de l'enfant. L'agressivité y apparaît presque complètement désintriquée d'avec la libido dans les moments destructeurs.

Dans un certain nombre d'observations ce qui semble déclencher le passage à l'acte violent peut être un comportement de l'enfant (cris, anorexie par exemple ...) ou la simple expression d'un besoin qui engendre alors chez les parents un déplaisir, une excitation, une angoisse vécus comme un danger interne. Cette perception, au lieu de mobiliser des représentations mentales, active au contraire un comportement où la décharge dans l'agir permet l'expression de l'agressivité désintriquée. L'agressivité non liée à la sexualité ne trouve pas à s'organiser en scénario fantasmatique. Il s'agit plus de cette "fuite motrice" dont parle D. Braunschweig pour les sujets à structure psychopathique et qui renvoie en quelque sorte à un clivage du moi : "il y a, écrit E. Kestenberg, au niveau du réinvestissement narcissique secondaire même très précoce de la fonction de symbolisation une faille ou un dysfonctionnement qui nous renvoie directement aux difficultés d'introjection et d'identification continue ... à un objet externe et même à un objet interne vécu comme faisant partie du moi". Le rapprochement avec de telles structures nous semble pouvoir être fait, que nous avons déjà indiqué en parlant de "psychose de la maternalité à expression psychopathique".

Mais il reste une question à laquelle il nous est difficile de répondre : quelle place le corps de l'enfant occupe-t-il dans les représentations parentales ? Qu'est-ce que bat la mère (ou le père) quand elle (il) bat son enfant ?

Dans le premier scénario proposé, l'enfant n'apparaît-il pas comme la victime prédestinée ? "Corps sacrifié où le jeu sado-masochique pervertit le sens du sacrifice symbolique" (*) et condamne l'enfant si ce n'est à la mort tout du moins à l'inscription dans le réel d'une blessure. Mais peut-être apparaît là aussi la contestation de son corps sexué, lieu de la culpabilité ?

Il est d'autres circonstances où le corps de l'enfant semble faire l'objet d'une perception déréelle, voire délirante : perception déréelle de la mort possible de l'enfant, dénégarion du corps biologique en tant que support de la réalité au profit du corps imaginaire. Le corps de l'enfant n'est-il pas encore partie constituante du corps de la mère ? et l'agressivité retrouverait alors son sens masochique. Ou bien l'agression ne représente-t-elle pas "une tentative désespérée d'imposer la proximité" (J. Cardonnel) quand n'a pu s'instaurer un rapport de contiguïté du corps maternel au corps de l'enfant ?

Ces parents aux processus mentaux si précaires sont ceux-là mêmes qui ont connu tout au long de leur histoire personnelle la perte, la frustration, la violence, le manque d'amour. Les sévices envers leur enfant apparaissent comme la répétition d'un destin inéluctable manifesté dès la prime enfance. P.C. Racamier, dans son étude des frustrations précoces (qui sont de l'ordre de la carence : c'est-à-dire d'un manque objectif dans l'établissement des premiers liens pour ces parents), souligne les effets sur les comportements antisociaux ultérieurs où l'agressivité tient la plus grande place. Car en l'absence d'images parentales à peu près stables et cohérentes, l'enfant ne peut mettre en place les identifications précoces nécessaires à l'édification du Moi, à l'organisation des instances psychiques qui permettent normalement aux conflits de se limiter à la sphère mentale.

Les effets de ces carences affectives précoces peuvent aussi se comprendre à la lumière de ce que D.W. Winnicott a formulé comme "la crainte de l'effondrement" (127), liée d'après lui à une expérience antérieure de l'individu et à l'inconstance ou à la défaillance de son environnement, "à la crainte d'un effondrement déjà éprouvé" non pas tant comme expérience traumatique mais "plutôt (comme) quelque chose qui aurait pu utilement se passer et (qui) n'a pas eu lieu". Il en résulte un sentiment de futilité, de non-existence personnelle qui peut faire souhaiter de revivre - pour tenter de l'intégrer cette fois - l'effondrement primordial. Ces remarques doivent nous conduire à ne pas envisager de manière trop simpliste les effets de la frustration précoce en tenant compte des implications intra-psychiques résultant de son élaboration. La carence de l'environnement devient alors la source d'une "négativité négative, stérile, mortifère" comme l'indique A. Green (2) au contraire de l'absence "négativité positive, féconde, créatrice, condition métaphorisante et symbolisante".

L'infanticide prend-il alors le sens d'une conduite tendant à renouveler cet effondrement déjà éprouvé mais indicible du parent ?

(*) J. Baudrillard : "L'échange symbolique et la mort", Gallimard.

DU COTE DES SOIGNANTS

Nous avons introduit ce travail en rappelant que les enfants victimes de sévices n'étaient des cas ni rares, ni même exceptionnels, et qu'ils comportaient une gravité pronostique du fait de la fréquence des récidives et de l'incertitude sur leur devenir à long terme. Ces notions bien connues et depuis dix ans assez largement diffusées ne semblent pourtant pas avoir mobilisé les soignants. Les indices de cette résistance à reconnaître et à soigner l'enfant battu et sa famille sont multiples et nous les avons déjà relevés :

- lacunes des dossiers
- hésitations à formuler le diagnostic : si la prudence s'impose devant son affirmation hâtive, sa méconnaissance, nous l'avons vu, n'est pas moins lourde de conséquences. La difficulté à envisager un tel diagnostic est parfois d'autant plus grande que les intervenants ont engagé une relation personnalisée avec la famille qui suscite alors des identifications aux parents,
- mais le diagnostic posé, inertie pour concevoir et entreprendre un programme de soins cohérents, pour en suivre le déroulement et en apprécier les résultats.

D'ailleurs l'enfant est souvent l'objet d'une véritable relégation : de l'assistante sociale au médecin, de l'hôpital à la pouponnière, il peut connaître plusieurs placements institutionnels et suit ainsi un long périple au terme duquel le plus souvent son devenir comme celui de sa famille n'est pas envisagé. L'étiquette "cas social" réussit à l'exclure du champ médical : le placement réalise alors ce que M. Soulé a nommé "le grand renfermement social" et permet parfois l'évitement de la rencontre avec les parents qui impliquerait la reconnaissance de la situation à traiter : Lebovici et Diatkine parlent de véritable "phobie de contact" des soignants par rapport à certains parents.

Nous ne voulons pas sous-estimer les difficultés objectives inhérentes au problème des sévices : celui-ci, comme nous avons tenté de le montrer, résulte de déterminations multiples et convergentes : difficultés socio-économiques, déracinement, défaut dans l'environnement psychique précoce des parents, périnatalité psychique troublée par la séparation d'avec l'enfant future victime, "mouvements" psychotiques maternels dans le post-partum, défaillance paternelle symbolique et réelle.

Mais nous devons bien admettre que la principale résistance à vaincre est intérieure : résistance que nous avons éprouvée tout au long de ce travail pour reconnaître, soigner et penser l'enfant battu. En effet l'irruption dans le réel de fantasmes sadiques et mortifères à l'encontre d'un enfant né de soi réveille en nous dès la première rencontre avec les familles maltraitantes, un ensemble d'affects, de représentations et de défenses qui seront en jeu dans notre relation et que nous pouvons comprendre comme contre-transfert au sens extensif.

Parents dévorants de la démonologie primitive, géniteurs filicides de la mythologie grecque, contes et légendes d'horizons culturels divers répètent de manière voilée ces vœux mortifères à l'égard de l'enfant. Mais s'il existe au niveau collectif une certaine disponibilité fantasmatique, il n'en est pas de même individuellement ; en effet les fantasmes sadiques et mortifères ne trouvent à s'exprimer en général que sous divers masques au terme de déplacements et de condensations multiples qui déguisent la représentation de l'enfant mis à mal. La réalité des sévices vient alors soulever le voile et confronte à la violence qu'une telle évocation fait surgir.

Cette réalité paraît devoir s'imposer : le corps de l'enfant est offert abîmé, blessé, au regard du soignant. Mais réalité trop vive elle provoque aussi son aveuglement : il refuse autant qu'il peut d'admettre l'évidence et c'est le déni des sévices. S'ils sont reconnus, alors il éprouvera le plus grand mal à "s'intéresser" au cas. Il y a là comme un "impensable" de l'enfant battu : les processus de pensée, la conceptualisation sont comme pétrifiés, ce qui n'est pas sans évoquer l'attaque du lien dans la pensée décrite par Bion.

Parler de l'enfant et de sa famille à d'autres soignants qui participent à la prise en charge devient à ce moment nécessaire. Non pas dans l'illusion qu'en "reconnaissant notre contre-transfert nous en serions quittes" comme le souligne J.B. Pontalis (74 bis) mais parce que cette explicitation permet à chacun de réinvestir une position thérapeutique et d'amorcer le minimum d'identification indispensable à ceux que l'on veut soigner.

Mais d'autres difficultés surgissent alors avec les clivages qui s'opèrent entre les soignants : clivages bien connus entre ceux qui s'identifient à l'enfant et ceux qui prennent la défense des parents. D'où les conflits : désaccords et projections réciproques entre les différents membres de l'équipe rassemblée. Chacun des intervenants est là pour "aider" l'enfant et sa famille : mais il devient nécessaire de dépasser l'évidence de ces fonctions

où les tendances réparatrices sont tout particulièrement exacerbées par les scénarios fantasmatiques individuels.

Si nous gardons face à l'enfant victime de sévices le "on" indéterminé, il est une invite à l'évocation du fantasme "on bat un enfant" développé par Freud (41) : le premier temps est transcrit par le "mon père bat l'enfant que je hais" qui souligne la position active que peut occuper le sujet dans l'expression de son agressivité. Le second : "mon père me bat" exprime la satisfaction masochique que l'indétermination de la formulation finale "on bat un enfant" dissimule. Fantasme sado-masochique, il renvoie à la situation triangulaire oedipienne et confirme la liaison indissoluble de l'agressivité à la sexualité.

Cependant dans la constellation oedipienne, comme le souligne S. Leclaire (78), avant le meurtre du père il y a la tentative de meurtre d'Oedipe-enfant : meurtre symbolique qui vise "la représentation tyrannique de l'enfant-roi" et qu'il réfère au fantasme "on tue un enfant". Comme l'écrit Leclaire, il s'agit là de "tuer l'enfant merveilleux (ou terrifiant) qui, de génération en génération, témoigne des rêves et des désirs des parents ... Meurtre irréalisable, mais nécessaire, car il n'est point de vie possible, vie de désir, de création si on cesse de tuer "l'enfant merveilleux" toujours renaissant". Ce travail de la psyché témoigne ainsi de l'accession à la position de sujet.

Mais la réalité des sévices impose la confusion entre ce qui serait "le véritable travail de la mort", mise en scène symbolique toujours recommencée, et la mort organique, qui circule dans une situation duelle entre mère et enfant mais où le prix du réel est plus souvent payé par l'enfant. Pour le soignant réduit à une position scopique passive cette attaque destructrice de l'enfant est inacceptable et suscite alors une visée réparatrice d'autant plus intense que l'angoisse aura été plus profonde.

Il faut arracher l'enfant à ses "mauvais parents" persécuteurs et se substituer à eux. Les parents ne se méprennent pas sur les mouvements internes des soignants et vivent leurs interventions comme une dépossession. Ainsi le père de Z..., placée en internat de semaine : "Avant elle était capricieuse, méchante. Maintenant elle est gentille et calme, mais elle s'éloigne de nous : on lui change son éducation. On a voulu lui donner un nom français..." B. Chervet (17) a bien analysé ce fantasme "on vole un enfant", fantasme partagé par parents et soignants, co-existant à toute thérapie d'enfants mais tout particulièrement sollicité ici. "Voler un enfant", "Etre volé comme enfant" sont les deux faces d'un même fantasme qui s'inscrit dans le "roman familial". En effet, tout enfant, comme le montre Freud, élabore à un moment de son évolution une fantaisie romanesque où il serait l'enfant d'autres parents. "Vous vous remémorez certainement, écrit Groddeck, cette période de votre enfance où soit par jeu, soit par rêve, vous prétendiez avoir été volé par des Bohémiens à des parents occupant de hautes situations, les père et mère chez qui vous viviez n'étant que des parents d'adoption". L'enfant aménage ainsi un compromis interne : les parents réels qui avaient perdu

au déclin de la période oedipienne une part de leur prestige bénéficient par contiguïté de l'idéalisation accordée aux parents imaginaires et d'autre part peuvent être choisis comme objet d'amour avec une moindre culpabilité de la part de l'enfant. Mais au rapt répond le désir secret d'être enlevé : l'enfant apparaît alors maître de sa destinée et de lui-même comme en témoigne les nécessaires fins heureuses de ces "contes d'enfance" que chacun peut puiser dans sa première bibliothèque.

Le "vol d'enfant" (le voleur-volé) représente le compromis fantasmatique entre le désir et la censure. A ce titre il reste disponible pour chaque adulte dont la fonction lui offre la possibilité d'occuper imaginairement auprès de l'enfant la place laissée libre de parent idéal. A travers l'aide à l'enfant une possible réparation est permise : dans une dynamique pré-génitale où le soignant est partie prenante comme objet partiel "bon objet réparateur" mais aussi dans une dynamique oedipienne comme imago-parentale. "Chacun veut être la marraine, la fée ou le père-roi qui dispense bonheur et puissance en se substituant aux affreuses marâtres" écrit M. Soulé (114).

Cette rivalité de rôle ne se joue pas seulement entre parents et soignants mais entre soignants eux-mêmes. L'enfant devient "l'enfant parthénogénétique du roman familial de chacun et chacun redoute que l'autre ne soit la fée Carabosse qui fera peur et mal". La restauration narcissique et les bénéfices pulsionnels ainsi offerts par ces rôles à chacun des soignants rendent difficiles le partage des responsabilités, l'acceptation de ses limites et la référence à un tiers.

Mais il faut souligner que si ce fantasme fait surgir ce qu'il a de plus désiré, il exprime aussi ce qu'il a de plus interdit et réactive ainsi la culpabilité. Aussi à la première position qui est de considérer les parents comme irrémédiablement "mauvais" on va substituer leur disculpation totale pour incriminer en place la seule réalité extérieure. Cette deuxième attitude, sous-tendue par le désir de réparer les images parentales, peut aboutir à une perception peu réaliste des difficultés rencontrées par les parents. Elle peut susciter aussi chez les soignants l'attente de les voir se comporter en "parents idéaux" et faire peser sur eux les mêmes exigences que celles dont ils faisaient preuve à l'égard de leurs propres enfants.

Toute la difficulté des soins est de percevoir, au-delà des échos émotionnels réveillés par les sévices, et au plus près de la réalité, la souffrance de l'enfant et de ses parents, les besoins des uns et des autres. La juste appréciation des possibilités de changement de la famille est en pratique un problème très difficile. En ce sens un travail d'équipe doit faciliter l'élaboration des positions contretransférentielles des soignants ; la confrontation nécessaire entre intervenants différents doit permettre d'analyser les sentiments d'omnipotence ou d'impuissance que suscitent, à la mesure des mouvements de réparation, ces familles. La place d'un coordinateur pourrait permettre également de négocier la double identification à l'enfant et à ses parents. C'est poser ainsi quelques jalons pour l'entreprise des soins que nous allons envisager maintenant.

ASPECTS THERAPEUTIQUES

La préoccupation essentielle demeure pour les équipes l'étude des possibilités thérapeutiques en face des sévices. Un certain nombre d'expériences ont été réalisées à l'étranger comme en France. Nous en citerons quelques-unes, sans prétendre être exhaustif bien sûr. Notre but est surtout de souligner les orientations différentes prises par les recherches. Puis nous envisagerons dans le cadre de notre expérience clinique ce qu'il en est de la prise en charge réalisée pour tenter de dégager quelques propositions thérapeutiques tenant compte des structures existantes.

I - EXPERIENCES D'AUTRES EQUIPES

1. C'est bien sûr à Kempe et coll. (63) qu'il faut faire référence tout d'abord : à partir de la première vaste enquête en 1961 sur le problème des enfants victimes de sévices cette équipe américaine s'est attachée à déterminer un programme de soins.

Le pôle central de ce programme est l'hôpital : l'enfant y est admis chaque fois que le diagnostic de sévices est envisagé ou même suspecté. C'est là aussi que s'établissent les premiers contacts avec les parents : l'accent est mis sur l'accueil qui doit leur être réservé car il fait partie de la prise en charge. Enfin c'est à partir de l'hôpital que les soins sont organisés : une réunion de synthèse a lieu autour d'un coordinateur nommé parmi le personnel dont l'activité à plein temps est consacrée à l'enfance maltraitée. Une évaluation minutieuse de chaque cas est effectuée afin de déterminer les modalités thérapeutiques en fonction des familles et des moyens dont dispose le secteur correspondant. Le rôle du coordinateur est de veiller à l'application

des mesures envisagées, d'organiser des réunions régulières qui évaluent l'efficacité de l'action entreprise.

Une action concertée est envisagée avec le secteur dont l'originalité est le recours à un personnel non spécialisé de "grands-parents adoptifs" qui interviennent dès l'hospitalisation de l'enfant et à son retour dans la famille tout en participant également à un groupe de travail réunissant psychiatre, psychosociologue, travailleurs sociaux. Le choix de ces grands-parents adoptifs est fait par l'hôpital ou le centre de protection infantile qui a en charge le cas et où est effectuée la supervision. Ce choix s'appuie essentiellement sur la souplesse, la tolérance et la capacité d'écoute dont peuvent faire preuve les candidats.

Mais d'autres intervenants peuvent participer aux soins : travailleurs sociaux ou infirmières. Ceux-ci interviennent individuellement, à domicile, à un rythme régulier (qui peut aller de plusieurs fois par semaine à un minimum d'une fois par semaine), mais sont intégrés à une équipe.

Des thérapies individuelles ou en groupe sont également proposées aux parents et aux enfants. Mais dans tous les cas l'accent est mis sur la nécessité d'une continuité des soins qui suppose une grande disponibilité des soignants : en effet ils peuvent être contactés et intervenir à tout moment.

Peuvent être utilisées également les aides familiales (qui s'apparentent aux travailleuses familiales). Enfin se développent actuellement des "crèches d'urgence" : "crisis nurseries" : y sont accueillis des enfants de moins de 6 ans reconnus "en danger", et ceci à la demande des parents. Leur placement peut être de quelques jours à quelques mois mais les liens sont maintenus entre la famille et l'enfant.

Kempe rappelle également l'existence de l'Association des Mères anonymes fondée en 1970 sur le modèle des Associations d'anciens alcooliques et qui regroupe des parents reconnaissant leur impulsivité et leur agressivité à l'égard de leurs enfants, et recherchant en dehors des circuits officiels d'aide, un soutien réciproque.

2. L'expérience anglaise de Kastle et Franklin (115), directement inspirée de celle de Kempe, peut en être rapprochée. En effet à Londres a été créé un centre, Denver House, chargé de recueillir toutes les informations concernant la recherche et la prise en charge des enfants victimes de sévices. Le pôle est ici extra-hospitalier. Son fonctionnement est assuré en permanence et un travailleur social peut intervenir en urgence. Une crèche thérapeutique ou des familles d'accueil permettent de recevoir l'enfant rapidement si un placement s'impose. En collaboration avec les organisations de secteur est organisée l'aide sociale ou psychothérapique au niveau des familles.

3. En Angleterre également C. Ounsted, R. Oppenheimer et J. Lindsay (95) ont tenté une expérience originale : l'hospitalisation des familles dans lesquelles on savait qu'un enfant avait été battu.

Cette hospitalisation est envisagée pour un minimum de quatre semaines (délai garanti fréquemment par une intervention judiciaire). Une unité spécialisée a été aménagée dans le cadre du Park Hospital à Oxford pour fournir les meilleures conditions d'accueil et un environnement sécurisant et thérapeutique. Cette prise en charge permet aux parents et aux enfants de nouvelles expériences relationnelles positives séparément puis ensemble.

Dans les deux premières semaines les équipes favorisent un mouvement régressif chez les mères ; puis, à partir de la troisième semaine, des entretiens sont organisés avec un médecin consultant qui ne participe pas par ailleurs au "maternage" quotidien. Ces entretiens ont pour but l'analyse de la crise familiale et permettent aux parents d'explicitier la perception qu'ils ont de la réalité extérieure et de leurs enfants. La référence est ici évidente à la thérapie familiale.

Les auteurs se montrent assez satisfaits des résultats obtenus : ils rappellent que les cas avaient toutefois été sélectionnés et, comme dans l'expérience de Kempe, à la lecture de ces publications, il semble que soient prises en charge des familles présentant souvent une pathologie psychosociale moins lourde que celle qui est rapportée dans notre étude ou les autres études françaises.

4. Il semble que cette expérience d'hospitalisation collective ait été suivie dans de nombreux pays. En Hollande notamment un centre a été créé, "Der Triangel", qui accueille ce même type de familles : celles-ci y font l'expérience de la vie communautaire avec d'autres familles et une équipe de psychiatres et d'éducateurs.

5. En Hollande il faut citer également la création d'un corps de "médecins-conseil" auxquels peuvent avoir recours (cela n'est pas obligatoire) les médecins traitants. En effet, souvent, et la même constatation peut être faite en France, ceux-ci, face aux sévices qu'ils peuvent constater dans leur pratique, s'ils sont disposés à agir, ne le font pas, par crainte de déclencher une enquête policière ou une intervention judiciaire et par manque d'information sur la procédure à suivre et les possibilités thérapeutiques envisageables. Le médecin-conseil joue alors un rôle de médiateur : il envisage avec le médecin traitant le bien-fondé du diagnostic et entre en contact avec les organismes qui peuvent fournir une aide. En outre il est tenu de s'informer six mois plus tard de l'action entreprise. Cette fonction a été créée en 1972 : il existe actuellement 10 médecins-conseil pour la Hollande qui sont recrutés parmi des pédiatres et des généralistes consacrant un temps partiel (une demi-journée à une journée par semaine) à cette activité rétribuée par l'Etat.

6. En France, le placement familial thérapeutique fournit une structure d'accueil intéressante quand une séparation transitoire s'impose pour l'enfant d'avec son milieu familial. Son but est en effet, comme le précise M. Rouyer dans le XIV^e ar. à Paris, "de soigner l'enfant ... en le confiant à une famille d'accueil formée à ce type de travail, étroitement soutenue et encadrée par une équipe pluridisciplinaire, d'aider les parents dans leur relation avec l'enfant tout en maintenant des liens fréquents avec lui, de préparer le retour de l'enfant dans sa famille". Ce travail réunit un psychiatre, deux psychologues, trois travailleurs sociaux, deux secrétaires et vingt-six familles d'accueil pour 30 enfants et 28 familles naturelles. Le financement est assuré par la Sécurité Sociale et implique donc plus directement les parents dans les décisions thérapeutiques qui sont prises.

Là aussi la relation qui s'instaure avec ces familles, ou plus souvent avec les mères, sous le terme de guidance, se distingue d'une relation psychothérapique : en effet elle suppose une participation active des soignants sur le plan matériel et psychologique, de manière assez directive : nous retrouvons la démarche de Kempe qui fait du maternage des mères le préalable nécessaire à toute possibilité d'autonomisation ultérieure.

7. Enfin il faut faire une place parmi les mesures envisageables à l'adoption. Celle-ci est défendue par les équipes nancéennes qui ont acquis depuis 10 ans une expérience dans ce domaine. A partir de 70 cas d'enfants maltraités, une étude comparative a été entreprise sur le devenir respectif des enfants non adoptés et des enfants adoptés (22) : malgré les difficultés d'adaptation et les troubles du comportement présentés par l'enfant en début de placement, l'évolution des enfants adoptés leur paraît beaucoup plus favorable avec un recul de 2 à 4 ans. Il est sûr que l'adoption vient rompre de manière définitive les liens naturels et se heurte à des résistances importantes chez les soignants : pour les auteurs elle ne devrait pas être écartée a priori, mais envisagée parmi les autres mesures thérapeutiques et ceci précocement.

II - NOTRE EXPERIENCE CLINIQUE

Le Pr Neimann écrit dans un numéro récent de la Revue de la Sauvegarde de l'Enfance consacré aux enfants victimes de sévices (104) : "Toutes les statistiques s'accordent sur la difficulté de ce problème et la médiocrité des résultats de la politique adoptée à l'égard des enfants maltraités". Ces conclusions pessimistes rejoignent en partie notre expérience clinique. Malgré le dispositif législatif, administratif et sanitaire mis en place, l'efficacité des prises en charge reste aléatoire. Nous avons tenté dans un chapitre précédent d'analyser les difficultés rencontrées dans l'établissement

d'un programme de soins où sont en cause les résistances des familles mais aussi celles des soignants. L'évaluation de l'action entreprise reste trop rarement faite : elle implique une concertation entre familles et soignants comme entre les équipes elles-mêmes.

Notre expérience clinique est trop récente pour proposer l'analyse de tentatives thérapeutiques originales. Mais à partir des structures existantes il nous paraît possible de souligner les orientations qu'un programme de soins pourrait prendre. Toutefois ces propositions thérapeutiques ne doivent pas être comprises comme des "procédés" mais plutôt comme une tentative d'organisation d'un "champ thérapeutique" (au sens winnicottien : "d'espace partagé") favorable aux rencontres entre les familles et les équipes et entre les équipes elles-mêmes.

Les buts d'une telle action sont la disparition des sévices mais aussi une modification durable du fonctionnement familial qui permette d'avoir un impact sur le développement de l'enfant. Si une telle évolution est parfois possible, elle est souvent trop lente en regard des besoins de l'enfant et ceux-ci doivent guider l'action entreprise si l'on veut rompre l'enchaînement du malheur qui répète l'exclusion sur plusieurs générations. Mais il est aussi des cas qui paraissent au-delà de toute intervention thérapeutique : leur appréciation en est difficile mais doit être faite de manière réaliste afin d'éviter à l'enfant l'incertitude de placements institutionnels qui se perpétuent.

Ce travail de prise en charge ne peut être conçu que comme un travail d'équipe : en effet il est impossible de soigner seul là où l'action doit se référer aux différents niveaux d'analyses pour chaque cas, ce qui implique la collaboration d'intervenants variés : médecin, travailleurs sociaux, psychiatre, puéricultrices... D'autre part c'est à l'intérieur de l'équipe que peut être tentée l'élaboration des implications affectives contradictoires, et des clivages que suscite la rencontre avec l'enfant victime de sévice et sa famille. La parcellisation des soins alimente parfois les résistances des parents et demande aux soignants de concerter leurs actions mais elle peut être aussi utilisée de manière positive en offrant aux familles la possibilité d'un choix et en évitant la collusion des différentes institutions.

1. Dans un premier temps se pose le problème de l'identification des cas d'enfants victimes de sévices

Intervenir avant que la situation ne soit trop dégradée pour l'enfant et pour les parents implique un diagnostic précoce. Celui-ci est souvent difficile. Il doit être envisagé devant toute atteinte traumatique d'un enfant jeune pour laquelle les parents consultent après un certain délai et dont la gravité n'est pas en rapport avec les explications proposées. Mais notre attention a été attirée également sur la multiplication des consultations avant le passage à l'acte (on a pu parler à ce sujet d'un syndrome prémonitoire de

séances). C'est dire la nécessité d'une écoute attentive devant toute demande médicale, sociale, scolaire où s'exprime parfois, de manière masquée, un appel à l'aide. L'entendre doit permettre d'éviter alors l'escalade de la violence, destructrice certes, mais perçue par les parents comme le dernier recours face à une situation jugée insupportable tant dans la réalité externe que dans leur réalité psychique. A ce stade l'aide apportée doit aussi redonner aux parents confiance en leur capacité d'action alors que jusque là ils se sentaient impuissants et dévalorisés.

2. L'hospitalisation

L'indication doit en être assez large : elle est envisagée non seulement quand le diagnostic s'impose devant la gravité des sévices mais également quand de fortes présomptions sont en sa faveur. Cette hospitalisation assure la protection immédiate de l'enfant et permet de confirmer les hypothèses diagnostiques. La première rencontre avec les parents survenant en urgence le plus souvent, alors que les équipes ne sont pas toujours disponibles ni préparées à leur accueil, doit néanmoins se dérouler dans un climat propice à l'établissement d'un lien thérapeutique durable.

La conviction diagnostique établie, celle-ci doit être exprimée aux parents par l'équipe hospitalière afin que les mesures thérapeutiques proposées n'apparaissent pas ambiguës et arbitraires et par là-même persécutatoires. Mais il ne s'agit pas d'exiger d'eux un aveu, ni de chercher à identifier le ou les "coupables". Pour ces premiers entretiens qui sont déjà inclus dans les soins, les équipes américaines s'appuient sur la notion de "crise" même si les sévices sont plutôt le témoignage d'une "crise qui se perpétue" ; cette approche permet de centrer l'intérêt sur les difficultés ressenties par les parents plutôt que de les confronter à la nocivité de leurs comportements par rapport à leur enfant. Ce temps d'hospitalisation est mis à profit pour une évaluation minutieuse de chaque cas : aux rencontres avec les parents sont associées des rencontres avec les différents intervenants concernés sur le secteur. Une réunion de synthèse est prévue où l'on désigne un coordinateur, envisage un programme de soins, et discute de l'opportunité d'un signalement judiciaire (sur lequel nous reviendrons). Cette notion de coordinateur nous paraît importante : elle se substitue à celle abstraite d'une coordination entre services. Le coordinateur peut être un médecin, un travailleur social, voire un juge. Son rôle est de s'assurer de la mise en place du programme de soins décidé collectivement et de susciter des rencontres régulières pour mesurer son efficacité. De même il doit être un interlocuteur pour les familles dans un souci de concertation.

3. Le signalement judiciaire

On jugera de son opportunité à la réunion de synthèse. La décision est délicate et suscite souvent un débat passionné. Nous donnons ici simplement notre point de vue.

Dans un certain nombre de cas ce signalement s'impose quand il apparaît à l'évidence que toute action qui ne dépendrait que de mesures administratives ou médicales pourrait être remise en cause de manière impromptue par les parents, empêchant ainsi toute perspective d'aide à moyen ou long terme pour l'enfant ; de même quand ceux-ci s'opposent à l'hospitalisation de leur enfant ou demandent son retrait de l'hôpital contre l'avis médical - situation exceptionnelle d'ailleurs.

Mais à côté de mesures coercitives ou de mesures pénales qui sont rarement envisagées (il existe d'ailleurs une décriminalisation des sévices) peuvent être mises en place des mesures d'assistance : AEMO au niveau de la famille, placement institutionnel ou nourricier de l'enfant. Dans notre expérience ces mesures décidées par ordonnance judiciaire peuvent être interrompues par simple main-levée du juge, après nouvelle enquête ou accord avec les intervenants. De ce fait quand la situation évolue, le retour de l'enfant est envisageable rapidement, ce qui n'est pas toujours le cas lorsque ce retour dépend de décisions administratives des services de la DDASS. Mais nous voulons revenir un instant sur le terme d' "assistance éducative". Il est bien évident que la notion extensive "d'enfance en danger" en fonction de préjugés éducatifs discutables justifie trop souvent ce type d'intervention. Aux injonctions et aux contraintes imposées par le travail et le cadre de vie des milieux socio-économiques défavorisés viennent alors s'ajouter les impératifs d'une pédagogie officielle. Toutefois dans le cas des sévices envers enfant, ce propos doit être nuancé en fonction d'un danger réel encouru par l'enfant : tout travail au niveau des familles ne peut être disqualifié comme le propose Ph. Meyer (88) mais implique cependant que les intervenants soumettent leur action à une critique institutionnelle.

D'autre part, quand il est possible d'établir - ce qui fut le cas - une compréhension plus large qu'en seul terme pénal avec le juge d'enfant, son intervention peut apparaître moins persécutive pour quelques familles que certaines interventions médico-sociales. Elle a pour mérite de rappeler de manière implicite mais claire la Loi : à savoir l'interdit qui pèse sur les sévices envers enfant. Intervention structurante pour certains parents qui leur permet une prise de conscience et les réintroduit dans leur rôle et leurs responsabilités vis-à-vis de leurs enfants.

Mais il n'y a pas lieu d'être systématique : pour d'autres familles au contraire le signalement judiciaire vient renforcer l'attitude défensive et méfiante des parents : l'enfant est alors identifié comme le responsable de cette nouvelle intrusion, ce qui ne facilite guère l'évolution de la situation entre lui et ses parents, et en outre peut empêcher toute relation thérapeutique de s'instaurer.

4. L'organisation des soins

C'est pendant le temps d'hospitalisation que les grandes lignes en sont tracées. Le travail du coordinateur est par la suite de susciter les rencontres nécessaires entre les différents intervenants pour juger de l'application du programme de soins et de son efficacité. L'hôpital peut occuper une place de "tiers inclus" en assurant une surveillance espacée de l'enfant

et de sa famille. Il pourrait être également un lieu de rencontre s'il était possible aux équipes hospitalières de maintenir une disponibilité régulière autour de ce problème.

Le travail de prise en charge des familles peut être, lui, envisagé à partir du secteur.

A l'hospitalisation de l'enfant fait suite :

- soit son retour dans la famille
- soit son placement en institution ou en milieu nourricier.

En ce qui concerne l'enfant une séparation transitoire s'avère la plupart du temps nécessaire. Mais nous devons ici déplorer les trop fréquents stages en foyer d'accueil (Cité de l'Enfance) après un séjour hospitalier déjà long qui ne fait qu'aggraver les difficultés de l'enfant en multipliant inutilement les ruptures et les placements. Très souvent aussi, alors qu'une évaluation a été faite, elle est recommencée : le cloisonnement entre les services empêchant l'utilisation des informations recueillies. Enfin les institutions et les familles nourricières ne sont pas toujours formées à recevoir ces enfants qui n'ont pas traversé sans dommage placements et situation de sévices, et à envisager les contacts nécessaires avec leurs parents par rapport auxquels sont vécus les mêmes mouvements contre-transférentiels. On doit regretter ici l'absence de structures de placement familial thérapeutique : d'après l'équipe du XIV^e arr. à Paris qui en a l'expérience, il serait là tout particulièrement utile, car son efficacité est d'autant plus grande qu'il est utilisé d'emblée, et non comme une mesure de dernier recours pour préparer le retour de l'enfant après un long périple institutionnel ou nourricier.

Au niveau de la famille une intervention se doit d'être tentée si l'on veut que cette séparation ait un sens. Théoriquement plusieurs organismes peuvent intervenir : la PMI, l'hygiène mentale, les services de prévention, l'assistante sociale de secteur, les services de sauvegarde. Les uns dépendent de la DDASS, les autres de la Justice. Les médecins traitants auraient leur place également. En réalité la prise en charge des familles est un travail à long terme qui dépend de la disponibilité des intervenants, de leur souplesse d'intervention (à domicile, en consultation) et de leur capacité à établir des liens continus.

Dans notre expérience cette prise en charge est trop souvent interrompue après quelques consultations, en particulier lorsque l'enfant est placé. Seules les équipes d'AEMO mandatées pour intervenir gardent-elles alors la possibilité d'une action globale au niveau de la famille.

En ce qui concerne l'hygiène mentale son intervention nous paraît utile à un double niveau : d'une part en étant intégrée à l'équipe pluridisciplinaire réunie autour du coordinateur, elle doit participer à l'élaboration des implications affectives contradictoires que ne manque pas de susciter le travail avec les familles et les enfants victimes de sévices ainsi qu'à l'évaluation de l'action entreprise en terme de santé mentale (tout particulièrement pour l'enfant). D'autre part en proposant, quand cela est possible, une prise

en charge individuelle ou en groupe à orientation psychothérapique pour l'enfant et/ou ses parents. Celle-ci peut alors être réalisée en dehors des interventions à domicile, en spécifiant la place du dispensaire comme lieu de soins. Dans notre pratique ces prises en charge ne sont envisageables que dans la mesure où un accord existe entre les différents services et où l'intervention psychologique n'est pas vécue comme une dépossession. Elles demandent également un travail préparatoire avec les parents qui ne peuvent en faire la demande qu'après plusieurs mois d'une relation suivie et réparatrice. C'est dire aussi qu'elles ne peuvent pas être une manière de mettre un terme à une prise en charge sociale ou éducative trop lourde, et signifier là à la famille une nouvelle rupture.

Il reste bien sûr à envisager à long terme l'efficacité d'une telle collaboration qui se met en place progressivement. Un travail est en cours sur le devenir des enfants victimes de sévices qui permettra peut-être d'y répondre ultérieurement.

LA PREVENTION

Les perspectives thérapeutiques évoquées ci-dessus ne doivent pas faire oublier la difficulté de tels programmes. C'est pourquoi la plupart des équipes s'orientent vers la recherche de modalités d'intervention préventives. Peut-on, ou doit-on isoler d'ailleurs la prévention des sévices d'une préoccupation plus générale de prévention en terme de santé mentale qui reste d'ailleurs difficile à circonscrire.

1. Questionnaire prédictif (Schneider, Ray, Helfer et Pollock de l'équipe de Kempe aux USA)

Ce questionnaire devrait permettre de déterminer le risque de passage à l'acte, à partir d'items portant sur l'isolement, la perception par les parents de leurs relations avec leurs ascendants et leurs descendants, leur impulsivité et leur colère. Mais le problème de la fiabilité et de l'utilisation d'un tel questionnaire reste posé. Il n'est d'ailleurs que l'ébauche d'une recherche.

2. Evaluation d'un risque de sévices par le médecin traitant et prise en charge ambulatoire des mères

Le médecin traitant adresse à l'équipe spécialisée, avant les sévices, les mères qui, par leurs plaintes répétées, expriment leurs difficultés à contenir leurs impulsions agressives. Pour ce travail, à la fois soin et prévention, Howard et Feinstein (57) aux Etats-Unis, et Ounsted (95) en Angleterre s'appuient sur des cadres institutionnels (hôpital, groupe, journal tenu par les mères) destinés à aider les mères à contenir leur agressivité, mais ne cherchent pas à obtenir d'elles une prise de conscience et une élaboration du malaise intrapsychique.

3. Prévention précoce

a) M. Lynch, J. Robert et M. Gordon soulignent le fait que la maternité peut apparaître comme le lieu privilégié de la prévention dans la mesure où la plupart des femmes viennent y accoucher et où une évaluation des difficultés psychosociales peut y être faite. Dans le cadre de la maternité du Park Hospital à Oxford elles montrent dans une étude de 1976 que 3 % des mères qui y avaient accouché avaient présenté alors des troubles identifiants faisant craindre un défaut de lien ou le risque de mauvais traitements.

Ce travail rétrospectif porte sur 50 cas d'enfants victimes de sévices dont 29 d'entre eux étaient connus de l'assistante sociale du service dès la grossesse et le post-partum car celle-ci avait rencontré à cette occasion les parents. Ce premier groupe d'enfants battus est comparé à un groupe témoin pour lequel l'intervention d'un travailleur social avait eu lieu durant la même période et dans les mêmes circonstances, sans qu'il y ait de sévices ultérieurement. Les résultats de cette étude comparative montrent que :

- 59 % des enfants du groupe d'enfants victimes de sévices ont été hospitalisés en service de soins intensifs pédiatriques dans la période néonatale, contre 24 % pour le groupe témoin et 15,5 % pour toute la maternité.

- Les problèmes sociaux qui avaient nécessité l'intervention de l'assistante sociale pour le groupe des enfants victimes de sévices et pour le groupe témoin n'étaient pas superposables et c'est là une notion intéressante sur laquelle insistent les auteurs : pour le groupe témoin il avait fallu résoudre avec la famille le plus souvent une demande précise : logement, garde d'enfant, etc..., alors que pour le groupe d'enfants victimes de sévices si cette demande matérielle était également formulée, il apparaissait très vite une demande plus diffuse devant l'isolement et les difficultés relationnelles exprimés.

- Près des 3/4 des mères qui s'avèreront maltraitantes avaient fait se questionner l'équipe sur leurs possibilités d'un bon maternage.

Depuis cette date tous les parents dont les enfants sont admis en soins intensifs en période néonatale sont reçus par un travailleur social formé à l'abord des problèmes pratiques et psychologiques. Cette entrevue n'a pas pour but d'organiser des prises en charge massives et systématiques, mais de permettre aux parents d'aborder leurs difficultés et d'envisager une éventuelle articulation avec les services de suite existants.

b) Toujours à Oxford, une étude rétrospective portant sur les circonstances péri-natales de 25 enfants victimes de sévices comparativement à celles de leur fratrie, met en avant trois facteurs qui ont valeur prédictive d'une détérioration de la relation parents-enfants :

- une grossesse "à problèmes" : grossesse non déclarée, grossesse non surveillée, démarches pour avortement, investigations complémentaires pour grossesse à risques, hospitalisation maternelle en cours de grossesse, événements émotionnels graves en cours de grossesse (deuil, séparation, divorce ...)

- un accouchement pathologique
- une séparation précoce en période néonatale.

c) Enfin Kempe et coll., à la maternité de Denver, ont entrepris une étude longitudinale celle-là, ayant permis l'établissement de 3 grilles de risque :

- la première pour la période prénatale concerne la situation matrimoniale des parents, le désir de grossesse, les souhaits exprimés quant au sexe de l'enfant attendu, le choix du mode de garde, la façon dont eux-mêmes ont été élevés, les possibilités d'aide (famille, amis) ou leur isolement.
- la deuxième implique l'observation des sages-femmes pendant l'accouchement.
- la troisième a trait au comportement maternel à la maternité.

Ces grilles, appliquées à 350 femmes primi ou secondipares, ont permis de distinguer deux groupes :

- le premier "à bas risque" : 50 mères
- le second "à haut risque" : 100 mères, qui furent divisées en deux sous-groupes égaux : 50 d'entre elles bénéficiant de la surveillance habituelle de la population générale, les autres faisant l'objet d'une prise en charge intensive de la part de l'équipe de recherche (contacts fréquents, directs ou par téléphone de la part du médecin praticien et de la puéricultrice).

Tous les enfants ont été revus à 2 ans et les résultats sont significatifs entre les deux groupes à haut et bas risque en ce qui concerne les sévices pour lesquels les grilles paraissent discriminantes. D'autre part la prise en charge intensive réalisée pour l'un des sous-groupes à haut risque se montre efficace en ce qui concerne la gravité des sévices : dans le sous-groupe qui a été suivi aucune hospitalisation pour sévices n'a été nécessaire à l'opposé du sous-groupe témoin où 10 % de cas de sévices ont été signalés.

d) Cooper a prolongé ce travail au niveau des travailleurs sociaux et des puéricultrices à domicile qui suivent l'enfant et la mère à son retour de la maternité en proposant un certain nombre d'observations à faire qu'il a voulu systématiser et qui portent d'ailleurs essentiellement sur la relation mère-enfant, laissant la famille dans l'arrière-plan.

Cette attention portée non seulement à la période néo-natale mais aux deux premières années rejoint la préoccupation d' E. Wiser et C. Berger à Lausanne dans leur étude longitudinale du comportement de mères célibataires. Elles montrent en effet que certaines de ces mères qui avaient semblé initialement peu responsables de leur enfant avaient évolué vers la fin de la première année : alors que jusque là elles avaient eu souvent recours à des mères "substitutives" : grand-mère, nourrice, pouponnière ... elles réinvestissaient l'enfant et pouvaient s'affirmer en tant que mère et s'en

occuper plus directement ; à l'inverse certains autres enfants pour lesquels une relation chaleureuse s'établissait d'emblée étaient l'objet de conflits ou tout au moins de positions beaucoup plus visiblement ambivalentes au terme de la première année. Sans doute la situation spécifique de mère célibataire réactive tout particulièrement la problématique oedipienne : la culpabilité ressentie par ces mères à la naissance de l'enfant venant occulter leurs possibilités objectales. Mais il nous semble que cette remarque qui souligne que les jeux ne sont pas entièrement faits à la naissance nous paraît également valable pour les mères maltraitantes pour lesquelles les manifestations de l'attachement et de la maternalité peuvent être différées, ce qui doit nuancer les observations faites à la maternité.

4. Nous avons discuté par ailleurs la grille prédictive de Manciaux pour souligner la valeur des facteurs péri-nataux.

Ceci doit attirer l'attention des praticiens et des sage-femmes sur l'existence d'un risque psychique, corrélatif du risque somatique en cas de grossesse ou de naissance perturbée. D'autre part la sensibilisation des équipes à la possibilité de difficultés relationnelles entre parents et enfant en cas de séparations précoces doit en faire limiter les indications au maximum et permettre, dans la mesure du possible, que les mères ne soient pas totalement exclues des soins.

Mais ces notions ne doivent pas être non plus simplifiées abusivement. Il est bien évident que l'effet des séparations précoces par exemple doit être pondéré en fonction des circonstances dans lesquelles elles surviennent, de leur durée, de leur répétition et enfin des possibilités d'adaptation des parents qui fait référence à leur histoire et à leur structure psychique. De même on peut s'interroger sur la légitimité de la détermination d'un risque de sévices à partir de l'observation des comportements parentaux à la maternité. En effet une telle observation confronte l'observateur aux manifestations de processus psychiques dont l'interprétation n'est pas sans équivoque. D'autre part soulever de telles hypothèses suppose pour les équipes de pouvoir élaborer les émotions contre-transférentielles qu'elles ne manqueraient pas de susciter si l'on veut qu'un travail de prévention soit envisageable.

Enfin avant de conclure nous voudrions revenir sur la détermination d'une "population à risque" : comme le souligne Manciaux, il est évident que l'évaluation d'un risque "social" paraît aisée en regard du "risque psychologique". Cette remarque introduit un débat souvent engagé lors de nos rencontres avec les différents intervenants à propos de la prise en charge et de la prévention des enfants victimes de sévices et leurs familles. La prédominance accordée aux facteurs socio-économiques dans le déterminisme des sévices faisait souvent discuter la nécessité d'un abord psychologique. Les critiques exprimées par rapport au travail médical et psychiatrique rejoignent celles plus générales de toute action réadaptative :

- critique politique qui tend à montrer que toutes les mesures prises sont non seulement des mesures palliatives mais viennent renforcer un système d'exclusion qui touche ces mêmes classes défavorisées d'où sont issus les parents maltraitants,

- critique sociale parfois par rapport aux tentatives thérapeutiques elles-mêmes dans la mesure où elles s'attachent souvent à la reconstruction de la famille : celle-ci étant considérée sous son aspect normatif, de "machine sociale primaire".

Ces critiques sont fécondes dans la mesure où, face aux sévices envers enfant, elles posent le problème de la Société et de ses institutions. Mais, comme le souligne S. Lebovici (77 bis), elles font naître aussi le découragement et la morosité en invalidant d'emblée toute tentative de réforme. Pour que les efforts tentés n'apparaissent pas comme "illusoire" peut-être faut-il, comme il le suggère, détruire l'illusion d'une idéologie réparatrice ?

Enfin s'il est vrai que l'injustice socio-économique contribue de manière générale au contexte de violence, elle ne doit pas faire oublier "que la souffrance se mesure aussi au malaise interne" exprimé dans les comportements.

EPILOGUE

Cette étude s'est proposée comme un cheminement : celui d'une réflexion et d'une pratique débutantes à propos des sévices envers enfant. La conclusion ne peut en être que provisoire. Elle s'appuie sur quelques remarques qu'une relecture du texte dans son déroulement nous suggère.

Dans une première approche clinique nous avons tenté, à travers la revue de 58 dossiers portant sur 51 familles, d'analyser les différents paramètres qui caractérisent la situation de sévices. En effet leur survenue ne peut être considérée comme un événement isolé, ni interprétée de manière univoque : elle s'inscrit dans le cadre de difficultés familiales graves, souvent anciennes, qui doivent être référées à la double réalité psychologique et sociale.

Dans cette étude, en grande partie rétrospective, nous disposons rarement de descriptions détaillées et complètes de la situation familiale, de son histoire ou de l'histoire individuelle de chacun de ses membres. Les dossiers ne donnent accès le plus souvent qu'aux faits médicaux et ne permettent pas l'interprétation d'une parole : celle des parents, ou celle de l'enfant. Les limites d'une telle investigation sont donc évidentes. Toutefois elle fournit des repères qui doivent retenir l'attention.

La grande majorité de ces familles appartient aux classes défavorisées sous de multiples rapports, dont le premier est bien la solitude et le désarroi provoqués par le déracinement puisque 72 % d'entre elles sont constituées de migrants. Beaucoup vivent en outre dans des secteurs géographiques en pleine expansion démographique avec toutes les nuisances matérielles et psychosociales qui y sont attachées.

La situation professionnelle des pères les situe au bas de la hiérarchie des emplois (65 % d'ouvriers et de manoeuvres).

Les mères sont pour 76 % "inactives", avec la charge de quatre enfants en moyenne. Par ailleurs une proportion notable d'entre elles a eu une première grossesse ou une première union à moins de 18 ans.

L'enfant victime de sévices, lui, est le plus souvent un enfant en bas âge : plus de 50 % ont moins de 2 ans et 72 % moins de 3 ans au moment du diagnostic. Dans notre enquête, il vit en général avec ses deux parents ; toutefois en cas d'unions successives c'est l'enfant d'un autre lit qui sera exposé aux mauvais traitements.

Mais l'élément le plus évocateur reste la fréquence des séparations précoces associées à un perinatum troublé où sont en cause surtout la prématurité mais aussi la gémellité.

Cette étude descriptive s'attache essentiellement à des faits ou des situations facilement repérables auxquels peut être attribué un facteur de risque pour certains parents vulnérables en fonction de leur histoire personnelle et de leur structure mentale. Mais elle ne doit pas se laisser enfermer dans une typologie parentale ni dans la définition d'un environnement spécifique de manière statique et définitive. En particulier les projets d'identification de "familles à risque" à partir de critères essentiellement socio-économiques peuvent faire oublier que si la misère ou plutôt l'isolement et la marginalité de familles exclues participent au déterminisme des sévices, ceux-ci ne sont pas l'apanage des "cas sociaux". L'infanticide en témoigne indirectement, car en levant la loi du silence, il fait apparaître une représentation plus diversifiée des différentes classes sociales. Par contre la notion de "période vulnérable" introduite par le Pr Manciaux et qu'il définit comme toute situation nouvelle (une nouvelle grossesse, une naissance, un changement de domicile, une modification du statut matrimonial, le retour d'un ou plusieurs enfants placés) venant compromettre un équilibre précaire, permet d'envisager aide et soins de manière plus discriminative pour des familles fragiles, souvent connues voire suivies par les services médico-sociaux.

Mais toute affirmation générale risque en permanence d'être décalée par rapport à l'expérience vécue, à la réalité de la souffrance individuelle, à la détresse des familles. C'est pourquoi nous avons voulu témoigner de la complexité du problème en proposant une deuxième approche clinique avec le récit d'histoires singulières.

Deux séries de faits s'en dégagent : d'une part la difficile accession des mères à la conjugalité et à la maternalité en raison de leur histoire personnelle. D'autre part la rupture du processus d'attachement entre elles et l'enfant qui sera victime de sévices. Ces distorsions sévères du lien mère-enfant, rarement incluses dans un délire reconnu, posent néanmoins dans quelques cas le problème de leur appartenance à une psychose de la maternalité.

Le père intervient plus obscurément dans le déroulement des sévices : rarement protagoniste d'un scénario pervers à trois, il est plus souvent atteint d'une sorte de défaillance de paternalité qui paraît déclencher l'effondrement du lien mère-enfant. Mais il participe toujours à l'histoire des sévices ne serait-ce que par son inertie à comprendre et à protéger.

Ainsi chaque fois le soignant est confronté à cet impensable : l'irruption dans le réel des fantasmes d'attaque et de destruction d'un enfant par ses géniteurs, alors même que les liens de tendresse n'ont pas entièrement disparu. La compréhension du problème des sévices ne concerne donc pas seulement l'enfant, sa famille ou son environnement mais aussi les soignants. Elle passe par la difficile élaboration des représentations et des affects suscités par l'enfant battu en chacun des soignants et par la résolution du clivage qui s'opère volontiers entre les défenseurs de l'enfant et ceux des parents.

La mise en place d'un programme thérapeutique à long terme fait appel en effet à de multiples intervenants, de disciplines et d'institutions variées. Leurs différences fécondes peuvent cependant devenir un obstacle lorsque les objectifs des soignants paraissent inconciliables. C'est pourquoi il nous paraît nécessaire de désigner pour chaque cas un coordinateur : médecin, travailleur social, juge ..., responsable à long terme des soins engagés auprès de l'enfant et de sa famille.

Les premières mesures sont maintenant bien codifiées : l'hôpital est le lieu privilégié où le diagnostic peut être posé sans temporiser et l'enfant protégé. Cette période est mise à profit pour la concertation et pour juger de l'opportunité d'un signalement judiciaire, d'une séparation transitoire de l'enfant, des mesures de sauvegarde et de protection de la famille toute entière.

Il n'en reste pas moins vrai qu'il manque actuellement de structures plus souples et plus adaptées telles que le foyer d'accueil pour les familles en crise ou le placement familial thérapeutique.

Enfin le devenir à long terme de ces enfants reste très préoccupant et incite à retenir pour les cas les plus graves la solution de l'adoption défendue par l'équipe de Nancy qui en a l'expérience.

La complexité et l'efficacité médiocre de ces prises en charge font se reporter les espoirs vers la prévention dont nous savons cependant qu'en matière de santé mentale, elle est difficile à circonscrire. Un facteur demeure à nos yeux, le plus opérant, en raison de sa fréquence et de la relative simplicité de sa définition : la périnatalité à risques, somatique et psychique, en raison des altérations qu'elle peut entraîner sur le processus d'attachement parent-enfant. De ce fait, éviter, autant que possible, la séparation parent-enfant devient une impérieuse nécessité. Mais il est plus aléatoire et

aussi moins licite de prédire le futur de leur relation à partir des comportements périnataux.

La difficulté de ce travail apparaît plus clairement au moment de conclure. Face aux sévices envers enfant nous sommes sollicités au niveau collectif, car ils posent le problème du rapport de la société à la famille, du public au privé, de la richesse à la pauvreté et du judiciaire à l'administratif. Contradictions retrouvées au niveau de chaque cas entre la nécessité d'intervenir en fonction d'un risque réel encouru par l'enfant alors même que les parents ne demandent pas, tout du moins de manière explicite, d'aide. Jusqu'où notre préoccupation obsédante de protection du corps de l'enfant rend-elle légitime l'envahissement de la vie privée pour combler par des mesures sanitaires toutes les failles, colmater toutes les brèches par où la mort peut s'introduire ? Car c'est aussi à cette résonance intérieure que nous confrontent les sévices.

"Où se tient un enfant, qui nous le montrera ? Qui le place en son lieu dans la constellation, et met entre ses mains la mesure de la distance ? Qui confectionne de pain gris, qui devient dur, la mort d'enfant, - ou dans sa bouche ronde la lui laisse comme le trognon d'une belle pomme ? ... Les meurtriers, on peut aisément les comprendre. Mais cela : avoir en soi la mort, la mort en sa totalité, et dès avant la vie encore si doucement la contenir, et ne pas en être mauvais !... Oh ! c'est inexprimable !"

Rainer Maria Rilke

CONCLUSIONS

Nous avons tenté, à travers l'étude de 58 cas, une approche du problème des sévices envers enfants.

Aux contraintes socio-économiques d'un environnement défavorable s'ajoutent des contraintes internes : s'organisent ainsi des séries complémentaires de causalités sociales et psychiques qui accumulent leurs effets jusqu'au passage à l'acte, sans que nous puissions isoler d'éléments spécifiques.

La compréhension psychodynamique de telles situations fait référence à la genèse des fantasmes agressifs et à l'insuffisance du contrôle de leur mise en acte mais aussi à l'étude des distorsions du lien Parents-Enfant.

L'action thérapeutique doit tenir compte de ces différents niveaux d'interprétation. De même elle implique l'analyse des positions contre-transférentielles des soignants confrontés à la réalité des attaques parentales sur le corps de l'enfant.

Les buts de cette action doivent être dans l'immédiat d'assurer la protection de l'enfant, d'évaluer la situation, d'intervenir de manière précoce, cohérente et concertée au niveau de la famille. L'efficacité des solutions envisagées doit être appréciée de façon régulière en raison de l'incertitude qui pèse sur le devenir de l'enfant.

Enfin la fréquence des antécédents périnataux et des séparations précoces chez les enfants battus doit attirer l'attention des généralistes, pédiatres, obstétriciens et puéricultrices qui participent à la surveillance de la grossesse et de l'accouchement et surtout aux consultations des premiers mois du post-partum, sur l'existence d'un risque psychique corrélatif du risque somatique, en cas de naissance troublée. Mais l'évaluation de ce risque psychique est complexe puisqu'elle prend en compte non seulement les événements périnataux mais aussi l'histoire individuelle des parents, leur structure psychique, et leur insertion sociale. Ce travail suppose, de la part des équipes concernées, une évolution de leur rôle et de leur formation.

Le Président de la thèse,
(nom et signature)
P. MONNET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LYON, le 5 OCT. 1978

e Doyen de l'U.E.R. FACULTE
MEDECINE GRANGE-BLANCHE

B. SALLE

Le Président de l'Université Claude Bernard
Président du Comité de Coordination
des études Médicales,

CLAUDE BERNARD

BIBLIOGRAPHIE

- (1) AJURIAGUERRA (J. de) - Manuel de psychiatrie de l'enfant, Masson, 1970, pp. 985-1000.
- (2) L'Arc, n° 69 consacré à D.W. WINNICOTT.
- (3) ARIES (Ph.) - L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime, Seuil, 1973.
- (4) BEETSCHEN (A.) - "De la coexistence à l'alliance", A propos d'une psychose puerpérale soignée en service d'obstétrique, in Psychologie Médicale, 1975.7.4.
- (5) BEN JELLOUN (T.) - La plus haute des solitudes, Seuil, 1977.
- (6) BENEDEK (Th.) - "Parenthood as a developmental phase - A contribution to the libido theory", J. Amer. Psychoanal. Assoc., 1959, 7, 389.
- (7) BETTELHEIM (B.) - Psychanalyse des contes de fées, Laffont, 1976.
- (8) BOCHEREAU (M.A.) - Situation du médecin dans un service d'éducation en milieu naturel, Sauvegarde de l'Enfance, Paris 1975, n° 9-10, pp. 553-558.
- (9) BONAPARTE (M.) - Psychanalyse et anthropologie, PUF, 1952.
- (10) BOWLBY (J.) - The effects of mother-child separation : a follow up study, Brit. J. Med. Psychol., 1956 29/211.
- (11) BOWLBY (J.) - Attachment and loss, London, Hogarth Press, 1969-I.
- (12) BUCHANAN (A.), OLIVER (J.E.) - Abuse and neglect as a cause of mental retardation : a study of 140 children admitted to subnormality hospital in Wiltshire, British J. of Psychiatry, 131, pp. 458-467.
- (13) CAFFEY (J.) - The whiplash shaken infant syndrome : manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation, in Pediatrics, 54, 396-403.
- (14) CAREL (A.) - Périnatalité psychique. Surveillance des "nouveaux-nés à risques", Thèse Med., Lyon 1974.

- (14 bis) - CAREL (A.) - Le nouveau-né en détresse, ses parents et l'équipe soignante in : L'accueil et la prise en charge des parents dans un centre de néonatalogie. Dir. : P. Satgé, M. Soulé - Expansion Scientifique.
- (14 ter) - CAREL (A.) - Le "nouveau-né à risques" et ses parents. Etude psychodynamique, in : Le devenir de la prématurité, Dir. : S. Lebovici, E. Kestenberg, P.U.F.
- (15) CARLONI et NOBILI - La mauvaise mère, Petite bibliothèque Payot, 1977.
- (16) CHAMBERLIN (R. W.) - Can we identify a group of children at age 2 who are at high risks for the development of behavior or emotional problems in kindergarten and first grade ? Neonatology supplement, pp. 971-981.
- (17) CHERVET (B.) - La relation parent-enfant-tiers. Prolégomènes à "on vole un enfant", Thèse Med. Lyon 1978.
- (18) COHEN, RAPHLING, GREEN - Psychological aspects of the maltreatment syndrome of childhood, J. Pediat., 1966, 69, 279-283.
- (19) COMPERE - Syndrôme de l'enfant maltraité, Thèse Med. Paris, 1967.
- (20) CONCOURS MEDICAL - Débat sur les enfants maltraités, 53.X.1968, pp. 6314-6342.
- (21) COSNIER (J.) - Investissements narcissiques et objectaux, Revue Française de Psychanalyse, 1970.
- (22) COURT - The battered child, Med. Soc. Work 1969, 22, 11. (cité par STRAUS et KREISSLER pour la prise en charge).
- (23) DAYAN (M.) - Pour introduire l'infanticide, Revue Psychanalyse à l'université, T. I n° 2.1976, pp. 389-404.
- (24) DELTAGLIA (L.) - Les enfants maltraités. Dépistage et interventions sociales, ESF 1976.
- (25) DICKENS (Ch.) - Les aventures d'Oliver Twist, Folio.
- (26) DONNET (J. L.), GREEN (A.) - "L'enfant de ça". Psychanalyse d'un entretien : la psychose blanche. Ed. de Minuit, 1973.
- (27) DOXIADIS-SPYROS - Mothering and Frederick II, Coin. Ped. (Phila) 9 : 565, 1970.

- (28) L'enfant dans la famille, vol. 1 et 2, Masson, 1970-74.
- (29) ELMER (E. M.S.W. - "A follow up study of traumatized children",
Pediatrics, vol. J9, n° 2, 273-279, fév. 1977.
- (30) EIBL-EIBELSFELDT (I.) - Contre l'agression, Stock, Paris 1977.
- (31) FANON (F.) - Les damnés de la terre, Petite coll. Maspéro, 1968.
- (32) FEINSTEIN et HOWARD - Group therapy for mothers with infanticidal
impulses, Amer. J. Psychiat. 120 : 882-886, 1964.
- (33) Des femmes immigrées parlent.
L'harmattan, CETIM, 1977.
- (34) FONTANA et VINCENT - "Which parents abuse children ?"
Medical Insight, 1971, vol. 3, n° 10, pp. 16-21.
- (35) FONTANA - The neglect and abuse of children,
N.Y. St. J. Med. 1964, 64.215-224.
- (36) FOSSON, KAAKO - Child abuse and neglect. Case studies.
London, Kimpton, p. 196, 1977.
- (37) FROMMER (E.A.), O'SHEA (G.) - Antenatal identification of women
liable to have problems in manging their infants,
British Journal of Psychiatry, 1973, 123, 149-156.
- (38) FREUD (S.) - Pour introduire le narcissisme, 1914.
- (39) FREUD (S.) - Remémoration. Répétition. Elaboration, 1914,
in La technique psychanalytique, PUF 1953.
- (40) FREUD (S.) - Pulsions et destins des pulsions, 1915,
in Métapsychologie, Idée/Gallimard.
- (41) FREUD (S.) - Un enfant est battu, 1919, in Névrose, psychose et
perversion, pp. 219-243, PUF.
- (42) FREUD (S.) - Au-delà du principe de plaisir, 1920,
in Essais de psychanalyse, Payot.
- (43) FREUD (S.) - Le problème économique du masochisme, 1924.
- (44) FREUD (S.) - Inhibition. Symptôme. Angoisse, 1926, PUF.
- (45) FREUD (S.) - L'angoisse et la vie instinctuelle, 1932,
in Nouvelles conférences sur la psychanalyse.

- (46) FOUCAULT (M.) - Surveiller et punir. Naissance de la prison, NRF-Gallimard, 1975.
- (47) GALDSTON - Observations on children who have been physically abused and their parents, Amer. J. Psychiat. 1965-122, 440-443.
- (48) GELIS (J.), LAGET (M.), MOREL (M.F.) - Entrer dans la vie. Naissances et enfances dans la France traditionnelle, Collection Archives, Gallimard-Julliard.
- (49) GIRODET (D.) - Etude médico-sociale sur les jeunes enfants maltraités, Thèse ronéotypée, 1973.
- (50) GREEN (A.) - L'absence. La symbolisation. L'analyste. Nouvelle Revue de Psychanalyse, n° 10, 1974.
- (51) GUYOTAT (J.) - La filiation fantasmatique dans les psychoses, in Colloque de l'évolution psychiatrique, Rennes, juin 1976.
- (52) GUYOTAT (J.) - Psychose et filiation.
- (53) GUYOTAT (J.) - La coïncidence mort-naissance et ses relations avec la filiation fantasmatique chez les psychotiques, à paraître in Psychiatrie.
- (54) HACKER (F.) - Agression et violence dans le monde moderne, Calmann-Lévy.
- (55) HADJISKI (E.) - Etude du parent maltraitant, Thèse ronéotypée, 1971.
- (56) HAYNAL (A.) et SCHÄPPI (R.) - L'instinct, la relation d'objet et les débuts de la vie humaine, (A propos des livres de M. MAHLER et J. BOWLBY) in La Psychiatrie de l'enfant, pp. 607-649, vol. XIII, fasc. 2, 1970.
- (57) HOWARD, FEINSTEIN, NORMAN PAUL, PATTISON ESMIOL - Group therapy for mothers with infanticidal impulses, Am. J. Psychiat. 1965, 882-886.
- (58) ISAACS - Physical ill. Treatment of children, Lancet 1968, 7, 532.
- (59) INSEE - Etudes et synthèses, Les habitants de Rhône-Alpes, Bilan de 1975.
- (60) INSEE - Points d'appui n° 4, avril 1978, Portrait social de Lyon et Villeurbanne.
- (61) JACCARD (R.) - La pulsion de mort chez M. Klein, coll. Sphinx, ed. L'Age d'Homme.

- (62) KAËS (R.) - L'appareil psychique groupal,
Ed. Dunod, coll. Psychisme.
- (63) KEMPE (Ch.) et HELFER (R.E.) - Helping the battered child,
trad. fse : Comment leur venir en aide,
Ed. Fleurus.
- (64) KHATIBI (Abdelkebir) - La blessure du nom propre,
Dossier des lettres nouvelles, Denoël.
- (65) KLEIN (M.), RIVIERE (J.) - L'amour et la haine,
Petite bibliothèque Payot.
- (66) KLEIN (M.) - Envie et gratitude et autres essais, Gallimard.
- (67) KLEIN (M.) - La psychanalyse des enfants, Paris, PUF 1969.
- (68) KREISLER et STRAUS - Les auteurs de sévices sur les jeunes enfants.
Contribution à un abord psychologique.
Arch. Franç. Ped. 1971-28, 249-265.
- (69) LAFON, TRIVAS, POUGET - Aspects psychologiques des attentats
sexuels sur les enfants et les adolescents,
Annales Médico-Psychol. Paris 1958, vol. 116, n° 2, pp. 865-897.
- (70) LAGACHE (D.) - Situation de l'agressivité, in Bulletin de psychologie,
1961, pp. 99-112.
- (71) LAING (R.D.) - La politique de la famille, Stock.
- (72) LAING (R.D.) - Soi et les autres, NRF-Gallimard.
- (73) LAPLANCHE - Vie et mort en psychanalyse, Champ-Flammarion 1970.
- (74) LAPLANCHE et PONTALIS - Vocabulaire de la psychanalyse, PUF.
- (74 bis) PONTALIS - Entre le Rêve et la Douleur, Gallimard, 1977.
- (75) LAURY (G.V.) - Aspects motivationnels du syndrome de l'enfant battu.
Pourquoi des parents maltraitent-ils leur enfant ?
Med. et Hygiène, p. 342, n° 907, mars 1970.
- (76) LEOVICI (S.), DIATKINE (R.) - "L'agression est-elle un concept méta-
psychologique", Revue Française de Psychanalyse, janvier 72, pp. 5-17.
- (77) LEOVICI (S.), DIATKINE (G.) et ARFOUILLOUX (J.C.) - Psycho-
thérapie familiale, in La psychiatrie de l'enfant, vol. XII, fasc. 2,
1969, pp. 447-536.

- (77 bis) LÉBOVICI (S.) - "Les Exclus" in Psychiatrie de l'enfant, T. XIX, fasc. 2, 1976.
- (78) LECLAIRE (S.) - On tue un enfant, Seuil.
- (79) LECLERC (A.) - in la "Venue à l'écriture", coll. 10/18, p. 142.
- (80) LEMOINE-LUCCIONI (E.) - Partage des femmes, Seuil.
- (81) LENOIR (R.) - Les exclus, un Français sur dix. Seuil 1974.
- (82) LORENZ (K.) - L'agression, une histoire naturelle du mal, Nouvelle bibliothèque scientifique, Flammarion, 1969.
- (83) LYNCH (M.) - International Conference on Child abuse and neglect, Developmental Medicine and Child Neurology, 1977, 265-267 (Report).
- (84) LYNCH, ROBERTS - Predicting child abuse : signs of bonding failure in the maternity hospital, British Medical Journal, 1977, I, 624-626.
- (85) MANCIAUX (M.) - Rapport d'enquête, Nancy 1972-75 : Les mauvais traitements envers enfants, Centre technique national pour l'enfance et l'adolescence inadaptée.
- (86) MARGRAIN (S.A.) - Review : battered children, their parents, treatment and prevention, Child : care, health and development, 3, 49-63, 1977.
- (87) MARTIN (H.P.), BEEZLEY (P.) - Behavioural observations of children, Developmental Medicine and Child Neurology, 1977, 19, 373-387.
- (88) MEYER (Ph.) - L'enfant et la raison d'Etat, Seuil.
- (88 bis) MIERMONT (J.) - in : Mère meurtrière, mère mortifère, mère mortifiée, Editions ESF.
- (89) MOGIELNICKI (P.), CHANDLER (J.E.), WEISSBERG (M.P.) - Impending child abuse - Psychosomatic symptoms in adults as a clue, Journal of American medical association, vol. 237, 1109-1111, 1977.
- (90) MONEY (J.) - The syndrome of abuse dwarfism (psychosocial dwarfism or reversible hyposomatotropism), American Journal of Diseases of Children, 131, 508-513, 1977.
- (91) MOUNIER (B.) - "Du côté des mères de jumeaux", Mémoire de psychiatrie, oct. 1978.
- (92) NEIMANN, MANCIAUX, RABOUILLE, ZORN - Les enfants victimes de sévices, in Pédiatrie t. XXIII, n° 8, pp. 861-875.

- (93) NOEL, BOUCHARD, WOLF, SOULE - Les adolescentes très difficiles, Psychiatrie de l'enfant, 1965, vol. VIII, fasc. 2.
- (94) OLIVER (J.E.) - Microcephaly following baby battering and shaking, British Medical Journal, 1975, 262-264.
- (95) OUNSTED (D.), OPPENHEIMER (R.), LINDSAY (J.) - Aspects of bonding failure : the psychopathology and psychotherapeutic treatment of families of battered children, Developmental Medicine and Child Neurology, 16, 447-456, 1974.
- (96) PANKOW (G.) - L'homme et sa psychose, Aubier Montaigne.
- (97) La psychopathie chez l'enfant - Compte-rendu de la table ronde organisée le 6.12.70 à l'hôpital de jour du 13e arrondissement, in La Psychiatrie de l'enfant, vol. XIV, fasc. 2, 1971, pp. 531-576.
- (98) PUGH (R.J.) - The battered foetus, British Med. Journal, 1978, 2 - 858.
- (99) RABOUILLE - Les jeunes enfants victimes de sévices corporels, Thèse Med.Nancy, 1967.
- (100) RACAMIER (P.C.) - Etude des frustrations précoces. La pathologie frustrationnelle, Revue Française de Psychanalyse, 1954, T. 18, n° 4, pp. 576-631.
- (101) RAIMBAULT (G.), ZYGOURIS (R.) - Corps de souffrance - corps de savoir . L'Age d'Homme.
- (102) RAIMBAULT (G.) - L'enfant et la mort.
- (103) REINHART and ELMER (E.) - Love of children - a myth. Clin. Pediat. (Phila.) 7 : 703-705, 1963.
- (104) Revue de la Sauvegarde de l'enfance, n° 3, juin-septembre 78 : Les enfants victimes de sévices.
- (105) RILKE (R.M.) - Les élégies de Duino, Les sonnets à Orphée. trad. A. GUERNE, Seuil.
- (106) ROHEIM (G.) - L'énigme du Sphinx, Payot, 1976.
- (107) ROSOLATO (G.) - L'axe narcissique des dépressions, in Figures du vide, Nouvelle Revue de Psychanalyse, n° 11, 1975.
- (108) SCOTT (P.D.) - Non accidental injury in children : memorandum of evidence to the Parliamentary Select Committee on violence in the Family, British Journal of Psychiatry, 1977, 131, 366-380.

- (109) SCHERER (R.) et HOCQUENGHEIM (G.) - Co-ire. Album systématique de l'enfance, Recherches, mai 1976.
- (110) SCILICET - Le meurtre de l'enfant et l'impasse des civilisations, Seuil, 1973.
- (111) SEBBAR (L.) - On tue les petites filles. Stock 2 / Voix de femmes, 1978.
- (112) SEGAL (H.) - Introduction à l'oeuvre de Mélanie Klein, PUF.
- (113) SILLS (J. A.), THOMAS (L. J.), ROSENBLOOM (L.) - Non accidental injury : a two-year study in central Liverpool, Developmental Medicine and Child Neurology, vol. 19, 26-33, 1977.
- (114) SOULÉ (M.), NOËL (J.) - Le grand renfermement des enfants dits "cas sociaux", La psychiatrie de l'enfant, vol. XIV, Fasc. 2, 1971, pp. 577-620.
- (115) SOULÉ (M.) (sous la direction de ...) - Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée, Editions ESF.
- (116) STEELE (B.F.) - Parental abuse of infants and small children, in ANTHONY (E. J.) et BENEDIK (T.) eds : Parenthood : Its psychology and psychopathology, Boston-Little, 1970.
- (117) STERN - The Medea complex : the mother's homicidal wishes to her child, J. Ment. Sci., 94, 321, 1948, Ithaca, N. Y.
- (118) STRAUS, WOLF - Un sujet d'actualité : les enfants maltraités. Psychiatrie de l'enfant, vol. XII, fasc. 2, 1969, pp. 577-620.
- (119) SUPERVIELLE (J.) - Le voleur d'enfant.
- (120) TAMET (J. Y.) - Paternité et naissance, Thèse Med. Lyon 1977.
- (121) TILLON (G.) - Le harem et les cousins, Seuil.
- (122) UNDERHILL (E.) - L'enfant et son milieu : pourquoi les enseignants et les professionnels médico-sociaux restent-ils silencieux devant les parents qui maltraitent leurs enfants, Revue Internationale de l'Enfance, Genève 1974, n° 21, pp. 16-22.
- (123) VALLES (J.) - Jacques Vingtras. L'enfant. A. Quantin, Paris 1884.
- (124) VIDAL (J. M.) - La recherche (à propos de l'éthologie), n° 63, janvier 76, pp. 24-35.

- (125) WASSERMAN - The abused parents of the abused child,
Children 1967, 14, pp. 175-179.
- (126) WINNICOTT (D.W.) - "Clivage des éléments masculins et féminins
chez l'homme et chez la femme",
Nouvelle Revue de Psychanalyse, n° 7, 1973, Gallimard, pp. 301-314.
- (127) WINNICOTT (D.W.) - La crainte de l'effondrement, in Figures du Vide,
Nouvelle Revue de Psychanalyse, n° 11, Gallimard, 1975.
- (128) WINNICOTT (D.W.) - Jeu et réalité, Gallimard.
- (129) WINNICOTT (D.W.) - Processus de maturation chez l'enfant.
- (130) WISER (E.) et BERGER (C.) - Etude prospective sur l'évolution des
enfants nés de mères célibataires,
Revue de neuropsychiatrie infantile, janvier-février 1976, n° 1-2,
pp. 17-24.
- (131) ZAZZO (R.) (sous la direction de ...) - L'attachement,
coll. Zethos, Delachaux-Niestlé.

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
PROLOGUE	1
INTRODUCTION	2
HISTORIQUE	5
CLINIQUE	8
1ère partie : Etude statistique	8
I - Recueil des données	9
II - L'âge au moment du diagnostic de sévices	10
III - Les circonstances dans lesquelles le diagnostic est posé	11
IV - Les sévices	11
V - Données familiales	14
1 - Composition ethnique	14
2 - Provenance géographique	17
3 - Profession des parents	18
4 - Histoire événementielle des parents	19
5 - Le couple parental au moment des sévices	19
6 - La fratrie	20
VI - L'enfant victime de sévices	21
VII - Etude critique de la grille prédictive de sévices	22
2ème partie : L'enfant dans sa famille	28
I - L'intrus	28
II - La mère psychotique	33
III - Du père (l'ombre du père)	38
HYPOTHESES THEORIQUES	43
I - Lien parent-enfant	43
1 - Approche psychanalytique	44
2 - Approche éthologique	45
3 - La distorsion du lien parent-enfant	47
II - De l'agressivité à l'agression	48
1 - Le scénario sado-masochique	49
2 - La disparition de l'enfant	50

	<u>Pages</u>
DU COTE DES SOIGNANTS	52
ASPECTS THERAPEUTIQUES	56
I - Expériences d'autres équipes	56
1 - Kempe et coll.	56
2 - Kastle et Franklin	57
3 - Ounsted, Oppenheimer et Lindsay	58
4 - "Der Triangel"	58
5 - Médecins-conseil	58
6 - Placement familial thérapeutique	59
7 - L'adoption	59
II - Notre expérience clinique	59
1 - Problème de l'identification des cas	60
2 - L'hospitalisation	61
3 - Le signalement judiciaire	61
4 - L'organisation des soins	62
LA PREVENTION	65
1 - Questionnaire prédictif	65
2 - Evaluation d'un risque de sévices	65
3 - Prévention précoce	66
4 - Grille prédictive de Manciaux	68
EPILOGUE	70
CONCLUSIONS	74
BIBLIOGRAPHIE	75
TABLE DES MATIERES	84

